

ELTE TÁTK Szociológia Doktori Iskola, Szociálpolitika Doktori Program

Az egészségi állapot társadalmi és gazdasági összefüggésrendszere

Doktori disszertáció
Írta: Kollányi Zsófia Katalin

Témavezető: Prof. Orosz Éva egyetemi tanár

2016. április

Köszönetnyilvánítás

Köszönöm a tanácsokat, a türelmet és a támogatást elsősorban témavezetőmnek, Orosz Évának. Köszönöm a meglátásait Vokó Zoltánnak, Nagy Balázsnak, és az ELTE TáTK Egészségpolitika és Egészség-gazdaságtan Tanszéken dolgozó többi kollégámnak; Elek Péternek (ELTE TáTK Közgazdaságtudományi Tanszék); Ladányi Mártának és Fejes Tóth Péternek (Szent István Egyetem, Biometria és Agrárinformatika Tanszék); Pálinkó Évának (MTA); Németh Renátának (ELTE) és Gregor Anikónak (ELTE); Sebők Miklósnak (MTA). Köszönöm a WHO Magyarországi Irodája munkatársainak, Pusztai Zsófiának és Szigeti Szabolcsnak, hogy támogatták az Egészség Társadalmi Meghatározói c. jelentés létrejöttében végzett munkámat. A disszertáció véglegesítésében nagy segítségemre voltak a munkahelyi vitán az opponensektől – Kovács Katalintól és Váradi Balázstól – kapott észrevételek. Köszönöm a családomnak, elsősorban férjemnek, hogy lehetővé tették a dolgozat elkészültét.

lányaimnak

TARTALOM

Tartalom.....	4
Ábrák jegyzéke	8
Táblázatok jegyzéke	11
Summary	13
Bevezetés.....	18
A disszertáció kontextusa és fő kérdései.....	18
Módszertani áttekintés.....	20
Fogalmi tisztázás, főbb definíciók	21
A disszertáció struktúrája és fejezetei.....	23
Első rész Az egészségi állapot és az egészség-egyenlőtlenségek társadalmi meghatározói	24
1. Az egészségi állapot egyenlőtlenségei és időbeli trendjük.....	26
1.1 Az egészségi állapot alakulása	26
1.1.1 Várható élettartam.....	26
1.1.2 Szubjektív egészség	31
1.1.3 Morbiditás	34
1.2 Az egészség területi egyenlőtlenségei.....	35
1.3 Az egészségi állapot gender-specifikus jellemzői.....	39
1.4 Az „intermedier” tényezők jellemzői.....	42
1.5 Az egyenlőtlenségek okozta halálozási veszteség.....	48
2. A magyar társadalom szerkezete: társadalmi-gazdasági és területi egyenlőtlenségek és alakulásuk az elmúlt két évtizedben.....	50
2.1 Iskolázottság	50
2.1.1 Az iskolázottság trendjei	50
2.1.2 Az oktatás minősége.....	52
2.1.3 Az iskolázottság mint az „okok oka”	56
2.2 Foglalkoztatás és szakmastruktúra	57
2.2.1 Makrotrendek.....	57
2.2.2 Munkaerőpiaci státusz mint az „okok oka”	61
2.3 Jövedelem, vagyon	61
2.3.1 Egyenlőtlenségek.....	61
2.3.2 Rétegződés és szegénység.....	63
2.3.3 A szegénység társadalmi és területi megoszlása	64
2.3.4 A jövedelmi helyzet mint az „okok oka”	69
2.3.5 A státuszelemek közötti összefüggések.....	69

2.3.6	Az egyenlőtlen társadalmi struktúra mint az "okok oka"	70
2.4	Összegzés	71
3.	A közpolitikák hatása az egészségi állapot társadalmi okaira	73
3.1	A gazdaságpolitika fő jellemzői, és hatásuk a társadalmi struktúrára és az egészségre	74
3.1.1	A gazdaságpolitika jelentősége az egészségi állapot szempontjából	75
3.1.2	Növekedés és egyensúly	75
3.1.3	Gazdaságszerkezet és foglalkoztatás	83
3.1.4	Adórendszer és informális gazdaság	85
3.2	A foglalkoztatáspolitikai fő jellemzői és hatása a társadalmi struktúrára és az egészségi állapotra	87
3.2.1	A foglalkoztatás jelentősége az egészségi állapot szempontjából	87
3.2.2	A Foglalkoztatáspolitikai teljesítménye	87
3.2.3	Kínálati megközelítés és a passzív foglalkoztatáspolitikai eszközök	90
3.2.4	A „foglalkoztathatatlanok” problémája	92
3.2.5	A foglalkoztathatóság javítását célzó programok	93
3.2.6	Keresletoldali foglalkoztatáspolitikai eszközök	94
3.3	Oktatáspolitikai	97
3.3.1	A közoktatás és az oktatáspolitikai jellemzői	97
3.3.2	Az oktatási rendszer hatása az egészségre	102
3.4	A jóléti ellátások fő jellemzői és hatásuk a társadalmi struktúrára és az egészségi állapotra	103
3.4.1	Egyenlőtlenségek és szegénység a közbeszédben – következmények a struktúrában	103
3.5	Közpolitikai opportunizmus	114
4.	Az egészségügyi rendszer hatása az egészségi állapotra Magyarországon	118
4.1	Az egészségügyi rendszer hatása az egészségi állapotra	118
4.2	Állami egészségügyi források alakulása	119
4.3	Az egészségügy mint az egyenlőtlenség „előállítója”	121
5.	Pszichoszociális környezet, társadalmi kohézió és egészségi állapot	127
5.1	Mikrostruktúrák: bizalomhiány, izoláció, elidegenedés, panasz	128
5.1.1	A társas kapcsolatok hiánya	131
5.1.2	A panasz kultúrája	134
5.1.3	Zárt gondolkodás	135
5.1.4	Inkoherens értékrendszer	138
5.2	Makrostruktúrák: Függés, felelősség, szolidaritás, kohézió	139
5.2.1	Szolidaritás	141
5.3	Társadalmi kohézió és egészségi állapot az ESS2012 adatai alapján	143

5.3.1	A társadalmi tőke mérése és az egészséggel való összefüggése – szakirodalmi kitekintés.....	144
5.3.2	A társadalmi tőke és egészségi állapot Magyarországon.....	146
Második rész Az egészség gazdasági hatásai.....		153
6.	Az egészség gazdasági hatásai – elméleti összefüggések.....	154
6.1	Lehetséges megközelítések.....	154
6.2	Az egészség gazdasági hatásának mérésével kapcsolatos módszertani kérdések	159
6.3	Az egészség gazdasági hatása történeti perspektívában.....	162
6.4	mikroszintű perspektíva.....	164
6.4.1	A Grossman-modell	165
6.4.2	Az egészségi állapot hatása a munkaerő mennyiségére és minőségére	166
6.4.3	Az egészségi állapot hatása a fizikai tőke mennyiségére.....	169
6.5	Makroökonómiai perspektíva.....	170
6.5.1	Neoklasszikus növekedésméletek	170
6.5.2	AK-modellek, Schumpeteri növekedésméletek, Peter Howitt modellje	171
6.5.3	Új növekedésméletek – Romer, Lucas, Zon–Muysken	174
6.5.4	Barro – Egészség és gazdasági növekedés.....	175
6.5.5	Viták az egészség szerepéről ma	175
7.	A betegség költségei Magyarországon – teljes költségbecslés, különös tekintettel a nem tökéletes egészségi állapotban végzett munka okozta termelésekiesésre	179
7.1	A betegségek költségeiről eljárásban.....	179
7.1.1	Munkahelyi hiányzások és presenteeism	180
7.1.2	Definíciós kérdések	183
7.1.3	A presenteeism mérésének technikai kérdései.....	183
7.1.4	A kiesett termelés mérésének tartalmi kérdései	185
7.2	Adatok és módszerek	188
7.2.1	Közvetlen költségek	188
7.2.2	Közvetett költségek.....	189
7.3	Eredmények.....	198
7.4	Megbeszélés, összegzés	202
8.	Az egészségi állapot hatása a foglalkoztatottságra és a jövedelemre Magyarországon	205
8.1	Bevezetés.....	205
8.1.1	Egészségi állapot és bérek	205
8.1.2	Egészségi állapot és foglalkoztatás.....	207
8.1.3	Az egészségi állapot gazdasági hatásának mérésével kapcsolatos módszertani kérdések	208

8.2	Adatok és alkalmazott módszerek	211
8.2.1	Az adatbázis rövid bemutatása	211
8.2.2	Alkalmazott módszerek I. – időben eltoló elemzés	214
8.2.3	Alkalmazott módszerek II. – változélemzés	215
8.3	Eredmények	219
8.3.1	Az egészségi állapot és az egyéni gazdasági jellemzők egyszerű összefüggései	219
8.3.2	Egészség és foglalkoztatás/bér összefüggése egymást követő időszakokban	220
8.3.3	Az egészségváltozás és a foglalkoztatás-/bérváltozás összefüggése egymást követő időszakokban	221
8.4	Megbeszélés, összegzés	228
	Összefoglalás	230
	Egészségi állapot Magyarországon	230
	Az egészségi állapot feltételeit alakító társadalmi struktúra	230
	A társadalmi struktúrát alakító szakpolitika	231
	Pszichoszociális közeg	232
	Az Egészség gazdasági hatásai	233
	A betegségek költségei Magyarországon	233
	Az egyéni egészségi állapot hatása a jövedelemre és a foglalkoztatásra	234
	Irodalomjegyzék	235
	Melléklet	254
	A dolgozatban használt országnév-rövidítések	254
	Kiegészítés a 8.3.3 fejezethez	255

ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. ábra: Az egészségi állapot társadalmi és gazdasági kontextusa	20
2. ábra: Születéskor várható élettartam Magyarországon és Európában, az egy főre jutó GDP (PPS) viszonylatában (2012) - Nők.....	26
3. ábra: Születéskor várható élettartam Magyarországon és Európában, az egy főre jutó GDP (PPS) viszonylatában (2012) - Férfiak.....	27
4. ábra: Iskolázottság szerinti várható-élettartam különbségek Európában, 2012 – Férfiak	27
5. ábra: Iskolázottság szerinti várható-élettartam különbségek Európában, 2012 – Nők.....	28
6. ábra: A 30 éves korban várható élettartam iskolázottság szerint, 1990-2004 - Férfiak	28
7. ábra: A 30 éves korban várható élettartam iskolázottság szerint, 1990-2004 – Nők.....	29
8. ábra: A 30 éves korban várható élettartam iskolázottság szerint, 2007-2012 - Férfiak	29
9. ábra: A 30 éves korban várható élettartam iskolázottság szerint, 2007-2012 - Nők.....	30
10. ábra: Halálokok szerinti és teljes, életkorra standardizált mortalitás 100 000 lakosra Európában nemek szerint, 2011.....	31
11. ábra: Szubjektív egészségi állapot iskolázottság szerint, életkor és nem szerinti bontásban (2012) - Férfiak.....	32
12. ábra: Szubjektív egészségi állapot iskolázottság szerint, életkor és nem szerinti bontásban (2012) - Nők.....	33
13. ábra: Az önbecslésen alapuló egészségi állapot iskolázottság szerint Európában, 2012	33
14. ábra: A betegség miatti korlátozottság iskolai végzettség szerint Európában, 2012	34
15. ábra: Egyes krónikus betegségek előfordulásának valószínűsége iskolázottság szerint (2009).....	35
16. ábra: A 30 éves korban várható élettartamok viszonyai megyék és iskolázottság szerint, férfiak.....	36
17. ábra: A kistérségek várható élettartamok szerinti kvintilisei (2014)	37
18. ábra: A férfiak és a nők születéskor várható élettartamának változása 1980-84 és 2002-2006 között (év).....	38
19. ábra: A férfiak és nők 40 éves korban várható élettartamának különbségének alakulása 1960 óta, év	40
20. ábra: 100 000 főre jutó, 70 éves kor alatt bekövetkező halálozás miatt elvesztett életévek különbsége (bal tengely) illetve aránya (jobb tengely) férfiak és nők esetében (2011).....	41
21. ábra: Elhízottak és túlsúlyosak aránya Európában iskolázottság szerint (2008, %)	44
22. ábra: Azok aránya európai országokban iskolázottság szerint, akik legalább kétszer esznek gyümölcsöt naponta (2008, %).....	45
23. ábra: A napi rendszerességgel dohányzók aránya iskolázottság szerint Európában (2008, %) - Férfiak.....	47
24. ábra: A napi rendszerességgel dohányzók aránya iskolázottság szerint Európában (2008, %) - Nők	47
25. ábra: Az egyenlőtlenségek okozta halálozási veszteség Magyarországon	48
26. ábra: A legalább felső-középfokú végzettséggel rendelkezők aránya az EU néhány országcsoportjában és Magyarországon	51
27. ábra: Az iskolázottság területi egyenlőtlenségei.....	52
28. ábra: Tanulói teljesítmények és méltányosság – a szocio-ökonómiai státusz és a teljesítmény közötti kapcsolat erőssége, 2012	54
29. ábra: Öt hullám magyar PISA-eredményei	55
30. ábra: A szakmastruktúra átalakulása 1990 és 2011 között: az egyes szakmacsoportokba tartozó foglalkoztatottak létszámának változása	57
31. ábra: Aktivitási ráta az EU különböző országcsoportjaiban és Magyarországon.....	58
32. ábra: Foglalkoztatási ráta az EU különböző országcsoportjaiban és Magyarországon	58
33. ábra: A foglalkoztatottak aránya az aktív korú népességben a PPP-ben mért GDP-hez viszonyítva	59
34. ábra: Abszolút jövedelem-eloszlás Európa országaiban - A jövedelmi decilisek felső határa, PPS (2014).....	62
35. ábra: Járásokra számított személyi jövedelemadó-alapot képező jövedelem egy állandó lakosra (2013)	67
36. ábra: A 33 leghátrányosabb helyzetű egykori kistérség.....	68
37. ábra: Iskolázottsági szint szerinti relatív jövedelmek a 24-64 évesek körében az OECD országaiban (2012) .	70

38. ábra: A GDP, a lakossági jövedelmek és a beruházások alakulása reálértéken, az 1989-es szinthez viszonyítva a rendszerváltástól napjainkig	76
39. ábra: A 15 év feletti, nem foglalkoztatott népesség számának változása 1990-hez képest, ezer főben.....	79
40. ábra: Az egy főre jutó GDP alakulása az EU15-ben és a régió országaiban (PPP USD(2010), 2010-es árakon).....	82
41. ábra: A 15 évesnél idősebb népesség megoszlása munkaerőpiaci státusz szerint.....	88
42. ábra: A foglalkoztatottság kumulált változásának dekompozíciója, 2008-2013	89
43. ábra: a 15-64 éves korosztály aktivitási rátája, 2014	89
44. ábra: A közmunkára és a foglalkoztatáspolitikai egyéb eszközeire összesen fordított kiadások folyó áron, millió Ft-ban	96
45. ábra: A közvetlen munkahelyteremtésre fordított költségvetési kiadások a GDP arányban.....	96
46. ábra: Azon tanulók aránya a PISA különböző hullámaiban, akik matematikából illetve szövegértésből nem érték el a 2-es szintet	101
47. ábra: A jövedelem összetétele a jövedelem forrása szerint (2013, százalék)	106
48. ábra: A különböző forrásokból származó egy főre jutó havi jövedelem megoszlása jövedelmi tizedenként (2013)	107
49. ábra: A rendszeres szociális segélyben vagy foglalkoztatást helyettesítő támogatásban részesülők havi átlagos száma és a támogatás egy főre jutó havi átlagos összege 2000-es árakon számolva.....	110
50. ábra: A munkanélküli járadékban, a rendszeres szociális segélyben vagy annak megfelelő ellátásban részesülők, a közmunkában résztvevők, és azok aránya a regisztrált munkanélküliek között, akik semmilyen ellátást nem kapnak.....	111
51. ábra: A kirekesztés elleni állami kiadások (lakhatás, munkanélküliség és egyéb kirekesztés elleni kiadások; EUR/fő) és a kirekesztődéssel veszélyeztetett népesség aránya (%) az EU-ban, 2013.....	113
52. ábra: Az államháztartás főbb kiadási csoportjai millió Ft-ban, 2000-es árakon	116
53. ábra: Az egészségügyi közkiadások 1995-höz viszonyított reálérték-változása és a források nagysága a GDP-hez mérten, 1992-2014.....	119
54. ábra: Az egészségügyi közkiadások aránya a GDP-hez mérten az EU-ban, 2012.....	120
55. ábra: Az egy főre jutó egészségügyi közkiadások nagysága (PPS) a 2006-os magyarországi értékhez viszonyítva az EU-ban 2006-ban, 2009-ben és 2012-ben	120
56. ábra: Az elkerülhető halálozás (amenable mortality) és az egy főre jutó állami egészségügyi források (PPS) összefüggése	121
57. ábra: Az egészségügy mint az egyenlőtlenségek előállítója	122
58. ábra: Azok aránya iskolázottság szerint, akik még sose vettek részt az alábbi egészségügyi szűréseken – Férfiak (2009)	123
59. ábra: Azok aránya iskolázottság szerint, akik még sose vettek részt az alábbi egészségügyi szűréseken – Nők (2009)	123
60. ábra: Az egészségügyi ellátások igénybevételi többlete társadalmi csoportonként, szükségletre korrigálás előtt és után.....	124
61. ábra: Azok aránya, akik arról számoltak be, hogy egészségügyi ellátás iránti szükségletüket nem tudták kielégíteni jövedelmi ötödök szerint 2005-2013	125
62. ábra: A ki nem elégített szükségletek kielégítetlenségének okai jövedelem szerint, % (2013)	125
63. ábra: A társadalmi kohéziót és az egészségi állapotot alakító politikai és kulturális tényezők és viszonyok	127
64. ábra: Három bizalomtípus szintje országonként	128
65. ábra: A különböző intézményekbe vetett bizalom szintje 2010-ben, 2012-ben és 2015-ben, a válaszok átlaga	129
66. ábra: Az intézményekbe vetett bizalom értéke szubjektív osztálybesorolás szerint, 2014	130
67. ábra: A társaságba járás gyakorisága, 2012	131
68. ábra: A társaságba járás gyakorisága iskolázottság szerint	132
69. ábra: A szomszédsági viszonyok percepciója Magyarországon és Európában	133
70. ábra: A szomszédsági viszonyok percepciója Magyarországon, iskolázottság szerint.....	134
71. ábra: Magyarország helye a világ értéktérképén (2009)	136

72. ábra: A zárt/nyitott gondolkodás indexét alkotó mutatók értékei Magyarországon és három másik európai országcsoporthoz.....	137
73. ábra: Az anyagi siker, illetve az elszegényedés legfőbb okai a magyar lakosság szerint – az egyes okokat a legfontosabbnak tartók aránya.....	138
74. ábra: Egyéni és állami felelősséggel kapcsolatos vélemények Magyarországon és az EU néhány országában, 2009.....	140
75. ábra: A szociális segély elterjedtsége és szükségessége különböző csoportokban, a megkérdezettek véleménye szerint.....	143
76. ábra: A kohézió értelmezési szintjei egy hipotetikus társadalomban.....	145
77. ábra: A különböző anyagi helyzetű társadalmi csoportok „ellátottsága” az öt társadalmi tőke-komponenssel.....	148
78. ábra: Az egészségi állapot gazdasági hatásának közvetítő csatornái.....	155
79. ábra: Az egészségi állapot gazdasági és társadalmi hatásai – a létező megközelítések áttekintése.....	156
80. ábra: 50 és 64 év közötti norvég férfiak halálozási valószínűsége a testmagasság és a testsúly függvényében.....	163
81. ábra: A presenteeism kifejezés előfordulása a PubMed adatbázisában található cikkek címeiben, 1955-2015.....	180
82. ábra: A betegségek okozta főbb költségek és veszteségek relatív nagysága, 2013, %.....	201
83. ábra: A táppénzes napok, a munkanélküliségi ráta, és a személyes foglalkoztatási helyzet alakulására vonatkozó várakozások 2004 és 2014 között.....	203
84. ábra: a TÁRKI Háztartáspanel elemszáma az egyes hullámokban (teljes minta és 40 felettiek).....	212
85. ábra: A 40 fő feletti minta megoszlása aktivitás szerint hullámonként.....	212
86. ábra: A foglalkoztatás gyakorisága a 40 feletti mintában hullámonként.....	213
87. ábra: A havi reálbér alakulása a 40 év feletti mintában hullámonként.....	213
88. ábra: Az egészségi állapottal való elégedettség alakulása a 40 év feletti mintában hullámonként.....	214
89. ábra: A minta megoszlása az egészségi állapot-változás szerint.....	216
90. ábra: A t-edik időszakbeli egészségi állapot és a (t + 1)-edik időszakbeli foglalkoztatás összefüggése varianciaanalízis alapján.....	221
91. ábra: A munkanélkülivé illetve az inaktívvá válás esélyének összefüggése az egészségi állapot változásával (Függő változó: Munkanélküli/Egyéb inaktív lett-e a második időszakban, ha az első időszakban aktív volt? Ref.: Munkanélküli/Egyéb inaktív lett. Egészségváltozó ref.: Nem változott az egészsége.).....	227
92. ábra: A foglalkoztatottak létszámának alakulása, 1990-2000.....	229

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. táblázat: A várható élettartamok nemenként és átlagosan a 10 legjobb és a 10 legrosszabb helyzetű kistérségben, 2014	39
2. táblázat: A társadalom különböző csoportjainak szegénysége és deprivációs indexe	64
3. táblázat: A munkanélküli járadék juttatásának feltételei, 1991-2015	90
4. táblázat: Leszakadó kistérségek és gettósodás.....	99
5. táblázat: A redisztribúció szándékolt hatása a különféle jövedelmű társadalmi csoportokra.....	109
6. táblázat: A közkiadások alakulása kiadási csoportok szerint, változás az előző évi, 2000-es árakon tekintett forrásokhoz képest, 2001-2013	117
7. táblázat: Mit tenne Ön és mit tenne Ön szerint a többség, ha találnának egy pénztárcát az utcán? (%) 131	
8. táblázat: A társadalmi kohézióval összefüggő változókból képzett főkomponensek és tartalmuk	147
9. táblázat: A kohézió-főkomponensek egészségi állapotra gyakorolt hatásának erőssége	149
10. táblázat: A kohézió-komponensek korrelációs együtthatói az egészségi állapot alakulásával különböző (háztartási) anyagi helyzetű társadalmi csoportokban	150
11. táblázat: Az egészségi állapot és a gazdasági teljesítmény számszerű összefüggései.....	176
12. táblázat: A 2013. decemberi Társi Omnibusz minta munkaerőpiaci státusz szerinti megoszlása.....	191
13. táblázat: Iskolázottság a presenteeism-et tapasztalók és nem tapasztalók körében	195
14. táblázat: Az egy háztartásban együtt élők száma, a nettó havi jövedelem, az életkor és az egészségi állapot a presenteeism-et tapasztalók és nem tapasztalók körében	196
15. táblázat: A presenteeism-et tapasztalók és nem tapasztalók településtípus szerinti megoszlása	196
16. táblázat: Közvetlen közkiadások összesen, 2013, Milliárd forint.....	199
17. táblázat: Közvetlen magánkiadások összesen, 2013, Milliárd forint	200
18. táblázat: A betegségek közvetett költségei, 2013, Milliárd Ft	200
19. táblázat: A presenteeism okozta termelés kiesés becslésének megbízhatósága	201
20. táblázat: A betegségek költségei a GDP arányában, 2013, %	201
21. táblázat: Jelentősebb betegségek hatása a bérre nemek szerint (Ausztrália, 2001-2005).....	206
22. táblázat: Krónikus fájdalom és önértékelésen alapuló egészségi állapot (2002, Finnország)	209
23. táblázat: Változáselemzés – vizsgálandó időszakok.....	216
24. táblázat: A minta megoszlása aktivitási kategóriák szerint a két időszakban	218
25. táblázat: Az egészségi állapottal való elégedettség, a reálbér és a foglalkoztatottság közötti korrelációs együtthatók.....	219
26. táblázat: Az egészségi állapot összefüggése a reálbérrel és a foglalkoztatottsággal, egymást követő időszakok.....	219
27. táblázat: Az egészségi állapottal való elégedettség összefüggése a bérváltozással és a foglalkoztatás gyakoriságának változásával	220
28. táblázat: A t-edik időszakbeli egészségi állapot és a (t + 1)-edik időszakbeli foglalkoztatás összefüggése lineáris regresszió alapján (Függő változó: Főállás gyakorisága t + 1)	220
29. táblázat: Az egészségi állapot változásának és a foglalkoztatás változásának összefüggése. Függő változó: Csökkent-e a foglalkoztatása? (Referencia: Nem csökkent)	221
30. táblázat: Az egészségi állapot romlásának hatása a foglalkoztatottság elvesztésére, logisztikus regresszió alapján – Függő változó: Ha az első időszakban legalább egy hónapot foglalkoztatott volt, hogy alakult a foglalkoztatása a második időszakban?; 0 = Bentmaradt 1 = Kikerült (ref.)	223
31. táblázat: Az egészségi állapot romlásának hatása az inaktívvá válásra, logisztikus regresszió alapján – Függő változó: Ha az első időszakban aktív volt, hogy alakult a foglalkoztatása a második időszakban?; 0 = aktív maradt, 1 = inaktívvá vált (ref.)	224
32. táblázat: Az egészségi állapot romlásának hatása arra, hogy aktívból rokkantnyugdíjassá vált-e valaki, logisztikus regresszió alapján – Függő változó: Ha az első időszakban aktív volt, rokkantnyugdíjassá vált-e a második időszakban?; 0 = aktív maradt, 1 = rokkantnyugdíjas lett (ref.).....	225

33. táblázat: Az egészségi állapot romlásának hatása arra, hogy aktívból nyugdíjassá vált-e valaki, logisztikus regresszió alapján – Függő változó: Ha az első időszakban aktív volt, nyugdíjassá vált-e a második időszakban?; 0 = aktív maradt, 1 = nyugdíjas lett (ref.)..... 226
34. táblázat: Azok megoszlása az (n + m + k). aktivitási státusz és a megelőző egészségváltozás szerint, akik az (n + m). időszakban aktívak voltak (N) 227

SUMMARY

In my thesis, I address the interference between health status and the socio-economic system. In the first part, based on the WHO's theoretical framework on social determinants of health, I describe the trends of health status, health inequalities and social determinants of health in Hungary covering the period after the political-economic transition. In the second part of the thesis I focus on the economic impact of health status. On one hand I estimate the magnitude of costs caused by ill health, including direct costs and losses occurring due to lost production in Hungary in 2013. I also give an estimation of the extent to which health status affects labor market participation at individual level.

HEALTH STATUS IN HUNGARY

Based on the data presented in the thesis, the overall health status of the Hungarian people in a European comparison is bad: life expectancy is lower than could be expected according to the country's economic development, social and territorial inequalities in health status are large and have multiplied since the transition in 1989-1990. Though this increase appears to come to an end, no reduction in inequalities seems to have started. Health inequalities between social groups with different educational attainment are high in international comparison. It is the low-skilled men that are the most disadvantaged: their health status in the last twenty years has deteriorated – a phenomena that is extremely rare in the developed world since WWII. The underlying cause – or the "cause of causes" – of the decreasing life expectancy in case of this social group is low educational attainment and other related social factors. These social factors on one hand influence lifestyle-related factors directly and indirectly, while on the other hand these men are exposed to high levels of chronic stress. There are extremely large disparities between men and women regarding both life expectancy and potential years of life lost. Self reported health status also shows great differences between social groups, and these differences seem to have been widening significantly in the recent years.

SOCIAL STRUCTURE AFFECTING HEALTH STATUS

Analyzing the trends of underlying structural causes affecting health status, it becomes clear that although the average level of education has increased steadily in Hungary during the past two decades, the proportion of those finishing primary school, but attaining no secondary school diploma, increased only slightly. The Hungarian school system is largely segregated. Related to this, Hungarian education tends to magnify the impact of social inequalities among children rather than mitigate it. Besides, in international comparison Hungarian public education is of poor performance.

Labor market participation rate and employment levels are permanently very low in general, particularly in the case of low-skilled and older workers. The income inequalities in Hungary are moderate in relative terms, however, material deprivation in absolute terms affects a large proportion of households. Even relative poverty rate is high among low-skilled people, people living in the countryside, families with many children, and children overall. The geographical distribution of these three factors shaping social structure (education, employment and income) is also highly unequal.

PUBLIC POLICIES SHAPING SOCIAL STRUCTURE

The structure of society is profoundly influenced by the prevailing government policy measures – mainly economic policy, employment policy, education policy, social policy, at last - but not least - the health policy measures. A country's economic performance in relation to health status is important primarily because it is the main determinant of the level of available income (which has great health influence), as well as affecting the level of resources available for redistribution through public services and poverty combating measures. Public performance, in terms of economic growth and balance over the past 25 years, was hectic. The distance of Hungarian economy from the EU15 in terms of GDP per capita since 1990 did not decrease, however, in the meantime, among the countries in the East-Central European region Hungary increasingly drops behind. The Hungarian economy is of an unhealthy dualistic structure. The market conditions have never favored small, Hungarian-owned, non-export-oriented enterprises, although they could play a crucial role in improving the labor market situation of the most disadvantaged, low-skilled social groups. Not unrelated to this is the problem of high level of tax burden, and – partly as a cause, partly as a consequence of this – the high proportion of shadow economy.

Based on their poor performance in increasing activity, labor market programs during the past decades have not been effective. From the point of view of employment, the situation of the most disadvantaged, most vulnerable, low-skilled population has not changed.

The role of education policy is inevitable in this regard: in Hungarian education system teachers use obsolete pedagogical methods, with low efficiency regarding even the transfer of factual knowledge, while the system is intensifying social inequalities instead of mitigating them. Public education is therefore one of the main contributors to the reproduction of inequalities, and to the share of population with no marketable skills, who are practically impossible to employ under the present economic circumstances in the country.

The system of social benefits, which in principle could – and should – alleviate the effect of inequalities and poverty, has become increasingly restricted. The quality and availability of care steadily declined, the welfare system – especially taking into account the welfare effects of the tax system as well – implements a "reverse redistribution", i. e. transferring income to groups of the society who are already better off. Concepts of worthiness and blaming the poor is invigorating since 2010. Behind the transformation of the welfare system lies the assumption that poverty and unemployment are subject to individual choice. All this is seriously damaging to social cohesion.

The health system itself contributes to the growth of health inequalities. Access to care significantly differs between groups in different social status. Either secondary prevention or curing services are more accessible to better educated groups with higher income. In case of people with lower social status the main obstacle to access care is financial.

As a background of all the above described phenomena one can see the opportunism of public policy-making: short-term vested interests of influence groups or budget pressures

lie – and win – against the "common good". For instance, while in terms of GDP per capita the gap between Hungary and the EU15 has not widened enormously, it has happened in terms of public spending on health care and education. In other words, governments during the past decades in general refused to invest in these areas – the very areas that are of key importance from the point of view of long term social development. There are several mutually reinforcing reasons for this, but among these the responsibility of the prevailing social and political elites is highly pronounced.

PSYCHOSOCIAL CONDITIONS

In addition to the "hard" factors of social structure, everyday psycho-social circumstances of people are also an essential part of the determinants of health. Social cohesion (the "binder" holding the members and groups of the society together), social capital (the resources at the disposal of people embodied in their personal relations), and the distribution of these two is essential in terms of the evolution of health and health inequalities. Psychosocial circumstance are shaped by several social, cultural and historical factors. However, structural factors have their impact as well, and so does public policy that affect these structural factors on one hand, and holds powerful symbolic messages on the other.

The level of trust in the Hungarian society is very low: in particular the level of trust in different institutions, but also the level of general trust in "other people" (Giczi & Sik, 2009). The level of trust in institutions is typically correlated with social status.

In Hungary, the percentage of those who do not spend time together with their neighbours is extremely high in European comparison (Tóth, 2009). This isolation is also linked to social status: the proportion of those who go out with others from the community very rarely is significantly higher among those with lower educational attainment. Loose neighborhood relations, however, seem to work relatively well in Hungary.

Hungarian society on average is closed-minded: level of tolerance is low, liberty rights are of no importance, people feel powerless against their fate, and they behave consequently when it comes to political activity (Keller, 2009). The society is also characterized by lack of solidarity, and a high level of demand towards public (state) provision (Tóth, 2010). All this is framed by an increasingly polarized and increasingly confrontational political field (Fábián, 2012).

My analysis of ESS 2012 data shows that lower level of social integration in Hungary is concentrated in groups with lower social status. Some components of the cohesion/social capital also seem to show stronger influence on health in case of the same groups.

ECONOMIC CONSEQUENCES OF HEALTH

The examination of the effects of health on economic performance is a methodologically complex area. As a result, currently the issue is the subject of lively debate in the literature.

The framework of the economic impact of health in its broadest interpretation focuses on the full effect of health on social welfare, while the narrowest interpretation takes into

account only the actual health care costs. Between the two extreme approaches, health is regarded and examined as a factor of economic performance or the production.

The measurement of the economic impact of health is complicated by a number of methodological challenges. The most difficult to overcome of these is the problem of endogeneity, i. e. that the (supposed) causal relationship between health and economic performance is bi-directional.

Historical research of several centuries suggests that 30-40% of the economic growth that occurred during that period can be attributed to improved health, more closely to the effect of improved fitness.

According to the micro-level approach, health status of individuals impacts their labor supply, their productivity, the level of physical capital in a society and the level of marginal product of that physical capital. This perspective focuses on the impact of health on the factors listed here, and assumes they have an influence on economic performance. The macro-economic approach assesses the impact of the aggregate health status on macro-economic performance in some way.

COSTS OF ILLNESS IN HUNGARY

Estimating the magnitude of costs caused by ill health in Hungary during one year I followed the methods described in literature. I have taken into account the volume of direct public and private expenditure on one hand. I also estimated the scope of indirect costs, i. e. the lost production of those deceased prior to the retirement age, under-age disability pensioners, and sick people dropped out of the production temporarily. I have also estimated the lost production due to presenteeism, i. e. the production reduction of those who are present at the workplace but not in a perfect state of health. The latter estimate is based on the data of the December 2013 TÁRKI Omnibus database. The results showed that the total cost of ill health in 2013 amounted to 11.45% of the GDP that year. Nearly half of this was direct public expenditure, 26% was private expenditure (direct and indirect), and a quarter of the total cost were indirect expenses. On its own, presenteeism amounts to half percent of annual GDP.

IMPACT OF INDIVIDUAL HEALTH STATUS ON WAGE AND EMPLOYMENT

Based on the TÁRKI Household Panel data recorded between 1992 and 1997 I estimated how individual health status (measured as self-rated health) affected labor market participation and wages in this period. According to the results of linear and logistic regression health status has no significant effect on wages; however, as health deteriorates, labor market participation decreases significantly. In my analysis I have tried to deal with the methodological challenges presented earlier, so I examined the connection between the change in health status, employment and income during successive periods. I have found that, depending on how much someone's health status deteriorated, the odds that their level of employment remained unchanged decreased by 30-50%. Deteriorating state of health primarily increases the odds of becoming a disability pensioner: those whose health has deteriorated significantly are 12 times more likely to become disability pensioners, compared to those whose health did not change. The state of health is likely to affect the retirement decision as well.

Finally I would like to emphasise those elements of the thesis that can be regarded as new results in the Hungarian literature. One of the novelties of the thesis is the complex and two-way approach towards the issue of health. This makes it clear that the shaping of health status depends the least on individual decisions, or merely on the formal set-up of health care system. All these are, of course, no new discoveries not even in the case of Hungary. My thesis is another attempt to make it clear how important and useful – well beyond the mere individual gains – are the efforts to improve the health status of the population from the point of view of long term social and economic development. Also, I hope to contribute to the better understanding and re-evaluation of what can be considered as an effort to improve population health status. According to my thesis, there is a quite diverse range of interventions by which the health status can be improved over a shorter or longer period of time. Thirdly, however, the flip side of this latter aspect is also of great significance: virtually any public policy measures impact health, and this effect has to be taken into account in case of any public policy decisions.

BEVEZETÉS

A magyaroknak rossz az egészségi állapota. Magyarország gazdasági teljesítménye a térségbeli országokhoz képest is gyenge. A magyar egészségügy forráshiányos. A magyar közoktatás alacsony színvonalú. Magyarországon nagy és növekvő a szegénység. (...)

Ezek a mondatok egytől egyig igazak, és ezzel a társadalomtudósok és a közgazdászok többsége pontosan tisztában van. Arra azonban még közülük sem gondol mindenki, milyen szoros az összefüggés a fenti állítások között: hogy valójában ugyanannak az egyetlen dolognak a különböző vetületeit mutatják be. Ebben a dolgozatban az egészségi állapotot a középpontba helyezve ezt igyekszem több oldalról megvilágítva, többféle módszerrel és megközelítéssel bemutatni, ráirányítva a figyelmet arra, hogy egy ország lakosainak általános egészségi állapota nem izolált jellegzetesség, hanem okaiban és következményeiben is a társadalom és a gazdaság szövetébe ágyazott társadalmi tényező.

A DISSZERTÁCIÓ KONTEXTUSA ÉS FŐ KÉRDÉSEI

A dolgozatban a magyar társadalom tagjainak általános egészségi állapotát, az azt meghatározó tényezőket, és annak szerteágazó, elsősorban gazdasági, továbbá társadalmi és politikai következményeit vizsgálom egyéni és makroszinten.

A társadalom tagjainak egészségi állapota éppúgy az adott társadalom egyik legalapvetőbb, számos területet befolyásoló jellegzetessége, miként egy ember egészségi állapota is alapjaiban meghatározza az ő életének minőségét, lehetőségeit, teljesítményét. Ugyanakkor az egészségi állapot alakulása maga is a társadalom különféle jellegzetességeiben gyökeredzik. Ennek megfelelően az egészségi állapot egyenlőtlenségeiben a társadalmi egyenlőtlenségek nyilvánulnak meg, a lehető legdrámaibb módon. Az egyenlőtlenségeknek ezt a dimenzióját sokszor talán túl egyértelműen kezeljük: ritkán teszi fel a kérdést bárki, hogy vajon törvényszerű-e, hogy a társadalmi státusz az életkilátásokat is ilyen döntően befolyásolja. A kérdés másik fele, vagyis hogy milyen következményekkel jár társadalmi szinten a rossz általános egészségi állapot, illetve az egészségi állapot egyenlőtlen eloszlása, Magyarországon még ma is csak ritkán vetődik fel, pedig mára könyvtárnyi nemzetközi tanulmány készült a témában.

Mindezt az teszi különösen relevánssá, hogy az elmúlt években több különböző hatás eredőjeként radikálisan megnövekedtek az abszolút értelemben vett társadalmi egyenlőtlenségek az országban, többszörösére nőtt a szegénységben és kirekesztettségben élők aránya. Felmerülhet a kérdés: ha egyszer az a baj, hogy gyerekek éheznek és emberek százezreinek nincs télen fűtése vagy meleg ruhája, hogy foglalkozhatnánk most azzal, hogy ki meddig fog élni majd évtizedek múlva? Az egészségi állapot társadalmi meghatározóinak mint megközelítésnek a legfontosabb szakpolitikai üzenete éppen az, hogy ha az egyéb szakpolitikák azokat célozzák, akiket „kell” (és ami ma Magyarországon nincs így), akkor nem kell vele külön „foglalkozni”. A szegénység vagy a szegénység hatásainak mérséklése, az oktatási rendszer képessé tétele az otthonról hozott hátrányok leküzdésére, az alacsony képzettségűek munkaerőpiaci integrációja, a tolerancia, szolidaritás, befogadókészség növelése a társadalomban mind magától is javítani fogja az egészségi állapotot.

A dolgozatban bemutatott két témakör, vagyis az az egészségi állapotot meghatározó tényezők és az egészségi állapot gazdasági és társadalmi következményeinek témája a társadalompolitikai dimenzióban ér össze: a rossz egészségi állapot okozta veszteségek nagyságrendje a beavatkozás miatt, az egészségi állapotot befolyásoló tényezők körének és hatásainak bemutatása pedig annak hogyanját mutatja meg.

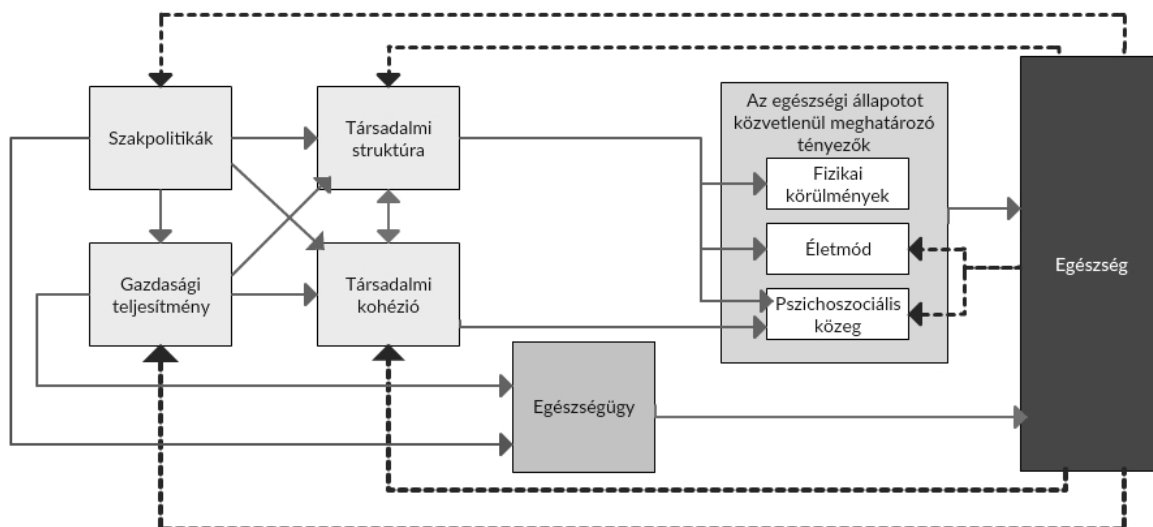
Az elmúlt években nagy és egyre növekvő nemzetközi tudományos és politikai figyelem irányul az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek társadalmi meghatározóira, akárcsak az egészségi állapot társadalmi és gazdasági következményeinek témájára. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) a 2000-es évek eleje óta egyre nagyobb hangsúlyt helyez az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek témájára, felismerve azok súlyos társadalmi, politikai és gazdasági költségeit és kockázatait (Orosz, megjelenés alatt). Azóta számos, az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek helyzetét, trendjeit, okait és következményeit feltáró dokumentum, és az egyenlőtlenségek csökkentését vagy negatív következményeik mérséklését célzó ajánlás és program született a WHO égisze alatt (WHO Commission on the Social Determinants of Health, 2007; 2008a; WHO, 2008b; 2010; 2011; 2012a; WHO, 2012b). Ugyancsak fontos helyen szerepel a kérdés az Európai Unió politikai programjában: az EU több dokumentumában is hangsúlyozza elkötelezettségét az egészség-egyenlőtlenségek csökkentése mellett (European Commission, 2009; 2013). Más kérdés, hogy az elvi elköteleződés jár-e gyakorlati eredményekkel, de ennek megítélése sem nem egyszerű, sem nem képezi ennek a dolgozatnak a tárgyát.

Szemben az egészségi állapot társadalmi meghatározóival, a társadalmi és gazdasági következmények elméleti szakirodalmáról részletesen írok később, ezért erre itt nem térek ki. Azt, hogy az egészségi állapot gazdasági és társadalmi következményei mint téma a tudományos érdeklődés homlokterében van, mi sem jelzi jobban, hogy az 1993-ban közgazdasági Nobel-díjat kapó, az egészségi állapot gazdasági következményeit történeti perspektívában kutató Robert Fogel után idén Angus Deaton, ismét egy olyan közgazdász nyerte el a díjat, aki az egészségi állapotot is a gazdasági és társadalmi összefüggésrendszer fontos elemének tekinti.

A dolgozat két nagyobb részre oszlik. Az első részben az egészségi állapotot meghatározó tényezőket mutatom be, a WHO Egészség Társadalmi Meghatározói Bizottsága (Commission on Social Determinants of Health) által kialakított elméleti keretet (Solar, 2010, p. 6) a rendszerváltás utáni Magyarországra alkalmazva. A 20. század utolsó évtizedétől máig áttekintem az egészségi állapotot meghatározó tényezőket: társadalmi folyamatokat, szakpolitikai intézkedéseket, kulturális jelenségeket. A dolgozat második felében az egészségi állapot lehetséges gazdasági hatásainak egyes aspektusait vizsgálom meg általánosan és Magyarországon.

Az 1. ábra a WHO elméleti keretének egy kissé átdolgozott változatát mutatja be, amelyen az eredetinelől direktbben és részletesebben kiemeltem az egyes tényezők közötti közvetlen logikai kapcsolatokat:

1. ábra: Az egészségi állapot társadalmi és gazdasági kontextusa



Forrás: (Solar, 2010, p. 6) alapján átdolgozva és kiegészítve

A dolgozat első felében tehát az egészség felé mutató, folytonos, szürke nyilakkal jelölt kapcsolatokat, illetve az egyes tényezők magyarországi alakulását elemzem, a dolgozat második felében pedig az egészségi állapot társadalmi és főleg gazdasági következményeit mutatom be, melyek itt fekete, szaggatott nyilakkal jelölve láthatók.

Dolgozatomban az alábbi kérdésekre keresek választ:

- Hogyan jellemezhetők, milyen módszertannal vizsgálhatók nemzetközi összehasonlításban ma a társadalmi egyenlőtlenségek, ezen belül az egészségi állapot egyenlőtlenségei Magyarországon?
- Milyen tényezők következménye a társadalmi, és ezen belül az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek struktúrája és jellegzetességei ma Magyarországon?
- Milyen hatással van Magyarországon a lakosság általánosan rossz egészségi állapota a társadalmi lét különféle dimenzióira, elsősorban a gazdasági teljesítőképességre?
- Kimutatható-e egyértelmű, az egészségtől a munkaerőpiaci tényezők felé mutató összefüggés az egyéni egészségi állapot és az egyéni bér, illetve az egyéni munkaerőpiaci részvétel között?
- Milyen gazdasági veszteségeket okoznak ma Magyarországon a betegségek, különös tekintettel arra, hogy a magyar munkavállalók egy része időről időre nem tökéletes egészségi állapotban végzi a munkáját?

MÓDSZERTANI ÁTTEKINTÉS

A dolgozat módszertanilag is két különböző megközelítést követ. Első részében, az egészségi állapot, a társadalmi struktúra és a „mindennapi” kultúra bemutatásakor nagyban támaszkodom a vonatkozó témákban Magyarországon az elmúlt évtizedekben készült, magas színvonalú elemzések eredményeire. A másodelemzéssel célom ezeknek az eltérő fókuszú, módszertanilag és „látószögükben” heterogén vizsgálatoknak az

egészségi állapot szempontjából való egységes keretbe foglalása. Ezt az „újraakereztést” szolgálja, hogy az elemzés során törekedtem arra, hogy minden szükséges ponton rámutassak, az adott mutató, eredmény, változó milyen összefüggésben van vagy lehet az egészségi állapot alakulásával. Az egészségi állapot és a társadalmi struktúra helyzetelemzései során elsősorban a KSH, az Eurostat és az OECD legfrissebb, online elérhető makroadatait mutatom be.

A társadalmi kohézió egészségi állapottal való összefüggését a European Social Survey (ESS) 2012-es hullámának adatain végzett rövid mikroelemzéssel illusztrálom. Itt, a nemzetközi és a magyar szakirodalmi gyakorlattal összhangban, bemutatom a társadalmi kohézió percepciójának alakulását a társadalom különböző csoportjaiban, és megvizsgálom, hogy a kohézió egyes elemei hogyan függnek össze az egészségi állapot alakulásával.

A dolgozat második felében két, részben saját adatfelvételen alapuló elemzésem eredményeit mutatom be annak érdekében, hogy az egészségi állapot Magyarországon tapasztalható gazdasági következményeit illusztráljam. Egyrészt becslést teszek a betegségek okozta költségekre részben magyar költségvetési szervektől és az egészségügyi számlákra vonatkozó nemzetközi adatgyűjtésekből származó makroadatokat, részben pedig a TÁRKI Omnibusz adatfelvétel keretében nyert mikroadatbázis alapján. Másrészt a TÁRKI 1992 és 1997 között felvett Háztartáspanel adatbázisa alapján megvizsgálom, kimutatható-e ebben az időszakban az egyéni egészségi állapot és az egyének gazdasági „teljesítménye” (jövedelme, foglalkoztatottsága) között összefüggés.

Bár a két rész módszertanában és megközelítésében látszólag, és a dolgozatban formailag is elkülönül, valójában az egészségpolitika és a tágabb társadalompolitika szempontjából oszthatatlan egységet alkotnak. A „közjó” növelését célzó törekvések eredményességét, célozzák a társadalmi lét bármelyik dimenzióját, az összes többi dimenzió is befolyásolni fogja egyrészt, és az összes többi dimenzióra is hatással lesznek másrészt, mely hatások aztán maguk is visszahatnak az eredeti célokra. Ha – nem túl távoli példával élve – a lakosság egészségügyi szükségleteit figyelembe vevő ellátórendszert szeretnénk tervezni, akkor nem csak az adott pillanatbeli szükségleteket kell figyelembe vennünk, hanem mindazokat a faktorokat – például más közpolitikai területek aktuális intézkedéseit, világpiaci, társadalmi folyamatokat, stb. – amelyek a közelebbi-távolabbi jövőben ezeket a szükségleteket befolyásolni fogják. Ugyanígy, az egészségi állapot javítása adott technikai színvonalon nem képzelhető el az azt meghatározó strukturális tényezők változatlanlansága mellett, miközben a strukturális változásoknak, például az iskolázottság növelhetőségének vagy a gazdaság fejleszthetőségének maga az egészségi állapot is az egyik feltétele.

FOGALMI TISZTÁZÁS, FŐBB DEFINÍCIÓK

A dolgozatban az egészségi állapot mellett gyakran hivatkozom majd az egészségi állapot egyenlőtlenségeire is. Bár a lakosság általános egészségi állapota és annak eloszlása közötti különbség egyértelmű, mégis szorosan összefüggnek egymással, hiszen az előbbi az utóbbi eredője. Magyarország esetében például a közismerten rossz általános egészségi állapot gyökere az alacsonyabb státuszú társadalmi csoportok nagyon rossz egészségi állapota: jóllehet a magasabb státuszú társadalmi csoportok egészségi állapota

sem kiemelkedően jó az európai mezőnyben, az egészségi állapot rangsorának sereghajtóivá azonban csak az országos átlagokat tekintve válunk. A rendszerváltást követő évtizedben az alacsony iskolázottságú társadalmi csoportok egészségi állapota (várható élettartama) Magyarországon romlott (csökkent), ez a csökkenés közel kiegyenlítette a magasabb státuszú csoportok életkilátásainak javulását. Ebből adódott a várható élettartam közel tíz éven át tartó stagnálása. Bár azóta az alacsonyabb státuszú csoportok várható élettartama is emelkedésnek indult, a társadalmi státusz még mindig nagyon nagy hatással van az általános egészségi állapot alakulására.

További fogalmi tisztázást igényelnek maguk a dolgozatban használt alapfogalmak, az „egészség” és a „gazdasági teljesítőképesség” is. Az egészségi állapot mutatójaként jellemzően a halálozási adatokból levezethető mutatókat (várható élettartam, összes és okspecifikus halálozási ráták), illetve az egészségi állapot önértékeléséből származó mutatókat fogok használni. Mindkét mutatófajtának megvannak az előnyei és hátrányai.

A halálozási adatokon alapuló mutatók jobbára pontosak, megbízhatóak, és lehetővé teszik a nemzetközi összehasonlítást, de hozzáférhetőségük például kisebb területegységeket illetően nehézkes. Ráadásul az egészségi állapotnak csak a mortalitással összefüggő aspektusát képesek megragadni – azoknak a betegségeknek a hatását, amelyek életminőség-romlást igen, de halálozást nem okoznak, figyelmen kívül hagyják a hatását. A nem okspecifikus halálozási mutatók további hátránya, hogy a fejlett európai országok esetében tetszőleges területegységet véve alapul is olyan kis mértékben térnek csak el egymástól, hogy a velük végzett regressziós vizsgálatok nem adnak szignifikáns eredményeket. Ezért merült fel az utóbbi években, hogy ezek helyett a mutatók helyett okspecifikus halálozási mutatókat használjanak a kutatók, például a fejlett országok elsődleges halálokoként szereplő szív- és érrendszeri eredetű halálozás arányának összefüggését vizsgálják például a gazdasági teljesítőképességgel. Egyéb mutatók, például a szubjektív mércével kombinált egészségben várható élettartam vagy (ha az egészségügyi rendszer hatékonyságának vizsgálata is cél) az elkerülhető halálozás mértéke is szóba jöhető mutatók lehetnek.

Az önbecslésen alapuló egészségi állapot-mutatók (vagyis amikor egy survey keretében nyilatkoznak a megkérdezettek arról, hogy milyennek ítélik meg a saját egészségi állapotukat), a velük szembeni, a szubjektivitás esetlegességéből fakadó fenntartások ellenére a tényleges egészségi állapottal magasan korreláló, megbízható mutatónak bizonyultak, mint arra a 8. fejezetben részletesebben is visszatérek. Komoly problémájuk ugyanakkor, hogy kulturálisan erősen meghatározottak, vagyis ezt a korrelációt csak országokon (illetve adott kulturális közegen) belül mutatják, nemzetközi összehasonlításra kevésbé alkalmasak.

A „gazdasági teljesítőképesség” mérőeszköze makroszinten jellemzően a GDP vagy abból származtatott mutató. Mikroszinten heterogén megközelítések léteznek: a foglalkoztatottság különböző időszakokra vetített intenzitása, a teljes munkáltatói bérköltség vagy a más módon származtatott bér időegységre vetített rátája, esetleg a konkrét, például egységnyi idő alatt megtermelt darabszámban mért termelékenység is alkalmazott mutató.

Mindenhol jelzem, milyen típusú egészségi vagy gazdasági mutatót elemzek éppen, ahol pedig ennek komoly jelentősége van, ott részletesen bemutatom az alkalmazott változókat.

A DISSZERTÁCIÓ STRUKTÚRÁJA ÉS FEJEZETEI

Mivel a dolgozat nem egy nagyobb kutatás eredményeit mutatja be, hanem több kisebb elemzést, struktúrája makroszinten nem követi a standard felépítést. A dolgozat első részében az egészségi állapot felől „visszafelé” haladva bemutatom az azt alakító tényezőket, a dolgozat második részében pedig az egészségi állapot gazdasági következményeire fókuszálok.

A dolgozat 1. fejezetében a magyar népességre jellemző általános egészségi állapot és az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek alakulásának és trendjeinek főbb jellegzetességeit vázolom nemzetközi összehasonlításban. Itt térek ki az egészségi állapotot közvetlenül meghatározó tényezők egy részére, így az életmód és a fizikai környezet jellemzőire, amiket szintén a társadalmi egyenlőtlenségek mentén mutatok be, ahol erre az adatok lehetőséget adnak. A 2. fejezetben a magyar társadalom struktúráját mutatom be különböző vetületekben, az iskolázottság, a foglalkoztatás és a jövedelem-eloszlás témáit tárgyalva. Ezek ugyanazok a dimenziók, amelyek mentén az első fejezetben az egészségi állapot egyenlőtlenségeit jellemeztem. A 3. fejezetben a rendszerváltás óta eltelt időszak közpolitikai folyamatait elemzem a teljesség igénye nélkül, a főbb kulcsintézkedésekre és fordulópontokra fókuszálva. A gazdaságpolitika, a foglalkoztatás-politika, az oktatáspolitikai és a szociálpolitika az egészségi állapot és főképp az egészség-egyenlőtlenségek szempontjából fontos mozzanatait mutatom be. Az 4. fejezetben külön térek ki az egészségpolitika illetve az egészségügyi rendszer releváns jellegzetességeire, itt elsősorban azokat a mechanizmusokat leírva, amelyek az egyenlőtlenségek növekedésének irányába hathatnak. A 5. fejezetben a társadalmi struktúra és az egészségi állapotot alakító tényezők egy másik dimenziójára fókuszálok, a magyar társadalom „mindennapi” kultúrájára, értékrendszerére, a társadalom különböző csoportjait összefűző kohézió jellegzetességeire.

A dolgozat második részében az egészséget mint „okot” tekintem. A 6., a szakirodalmat bemutató fejezetben felvázolom mindazokat az elméleti összefüggéseket és közvetítő csatornákat, amelyeken keresztül az egészségi állapot a társadalmi jólétet vagy – szűkebben – a gazdasági teljesítményt befolyásolhatja mind egyéni, mind makrogazdasági szinten. Itt elsősorban a fejlett országokra vonatkozó elméleti és empirikus eredményekre szorítkozom, lévén Magyarország szempontjából elsősorban ezeknek van relevanciájuk. A 7. fejezetben becslést adok a betegségek magyarországi költségeire. A 9. fejezetben a TÁRKI 1992 és 1997 között felvett Háztartáspanel adatbázisa alapján azt becslem meg, milyen erős az összefüggés Magyarországon az egészségi állapot és a gazdasági teljesítőképesség között, egyéni szinten.

A dolgozat több fejezete is nagyban támaszkodik a WHO Magyarországi Irodája által kezdeményezett és finanszírozott „Az egészség-egyenlőtlenségek és az egészség társadalmi meghatározói Magyarországon” című jelentés (Orosz & Kollányi, megjelenés alatt) egyes, általam írott fejezeteire, illetve a jelentéshez készült háttér tanulmányokra.

ELSŐ RÉSZ

AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ÉS AZ EGÉSZSÉG-EGYENLŐTLENSÉGEK TÁRSADALMI MEGHATÁROZÓI

Az, hogy az egészségi állapot egyének közötti különbségeit egyenlőtlenségeknek tekintjük, értékválasztás: a különbségek (differences, disparities) felismerésén kívül azt is jelenti, hogy azokat igazságtalannak, méltánytalannak tekintjük. A WHO meghatározása szerint akkor tekinthetjük az egészségi állapot különbségeit egyenlőtlenségeknek, ha azok a társadalom különböző csoportokhoz tartozó tagjai között szisztematikusan jelentkeznek, és megfelelő beavatkozások révén elkerülhetők, megelőzhetők lennének (Blas & Kurup, 2010).

Az egészség-egyenlőtlenségek leírása többféle módon lehetséges: bemutathatók a különböző társadalmi csoportok közötti különbségek, a legrosszabb helyzetű csoport többiekétől való távolsága (health gap), és a teljes társadalmon végighúzódo egészség-lejtő (health gradient) (Wilkinson & Marmot, 2003).

Az egészség társadalmi meghatározóinak epidemiológiai megközelítéseit illetően három fő irányt különböztethetünk meg (Solar, 2010). Az egyik az egészség-egyenlőtlenségeket elsősorban a pszichoszociális faktorok eloszlásával magyarázó modell, amiből jelen dolgozat sokat merített. A másik megközelítés az egészség „előállításának” politikai gazdaságtani modellje – ez sem tagadja a pszichoszociális tényezők jelentőségét, de a strukturális jellemzőket tartja elsődlegesnek. Ez a megközelítés is hangsúlyos a dolgozatban. A harmadik megközelítés a biológiai és társadalmi tényezők szempontjának integrálását célozza.

Ezeket felül Solar (2010) a társadalmi meghatározók és az egészség közötti kapcsolat három „perspektíváját” különbözteti meg, melyek elvileg több megközelítésre is alkalmazhatók. A „társadalmi kiválasztódás” nézőpontja tulajdonképpen az egészség és a társadalmi/gazdasági jellemzők közötti fordított irányú kauzalitást feltételezi, vagyis az a kiindulópontja, hogy nem a körülmények okoznak valamilyen egészséget, hanem az egészség tesz elérhetővé valamilyen körülményeket. A második perspektíva az ellenkező irányú kauzalitást feltételezi. A harmadik, az úgynevezett életciklus perspektíva az ok-okozati összefüggések időzítésének, és általában véve az időfaktornak a jelentőségét hangsúlyozza az egészség alakulásában.

Bár nagy mennyiségű empirikus elemzés született már az egészségi állapot társadalmi meghatározóinak témakörében, az oksági kapcsolat természete még mindig nem mindenhol egészen világos. A kutatások szerint az egészség-egyenlőtlenségek alapvetően öt forrásból eredhetnek: 1) a társadalmi-gazdasági körülmények egyenlőtlenségéből; 2) az egészségre káros rizikófaktoroknak való eltérő kitettségéből; 3) az eltérő sérülékenységből még azonos mértékű kitettség esetén is; 4) az egészségügyi rendszer eltérő hozzáférhetőségéből illetve szolgáltatásaiból, és az ebből eredő eltérő kimenetekből; és 5) az egészségi állapot eltérő hatásaiból (Blas & Kurup, 2010; Kelly, et al., 2007). Hozzá kell tenni, hogy bár ezek a források elméletileg függetlenek egymástól,

gyakorlatilag sokszor nagyon is összefügghetnek: a rosszabb társadalmi-gazdasági körülmények között élők gyakran nagyobb mértékben kitéttek bizonyos rizikófaktoroknak, sérülékenyebbek is lehetnek ezek hatásaival szemben, rosszabb lehet az egészségügyhöz való hozzáférésük, és erőteljesebbek lehetnek az egészségi állapotukból fakadó hatások.

1. AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT EGYENLŐTLENSÉGEI ÉS IDŐBELI TRENDJÜK

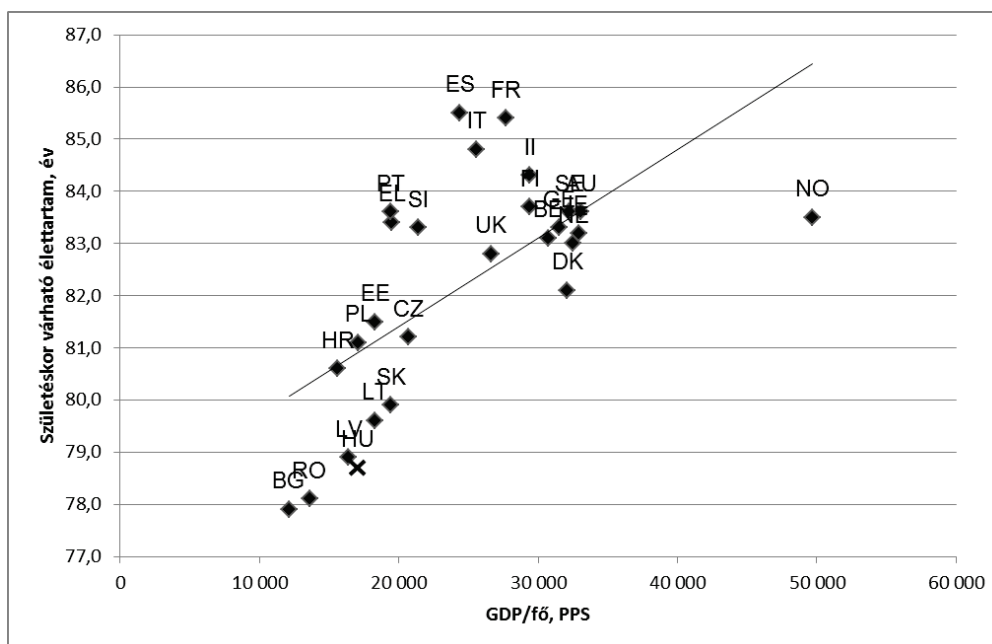
A fejezetben a Magyarországra jellemző általános egészségi állapotot és annak egyenlőtlenségeit mutatom be. Elsőként három különböző mutató – az objektív várható élettartam, a szubjektív, önbecslésen alapuló egészségi állapot, és a morbiditási adatok szerint mutatom be az egészségi állapot alakulását és annak egyenlőtlenségeit. Ezt követően az egészségi állapot területi „eloszlását” mutatom be röviden. A fejezet harmadik részében kitérek az egészségi állapot gender-specifikus jellemzőire, majd az egészségi állapotot közvetlenül meghatározó, úgynevezett „intermedier” tényezők jellemzőit vázoló. Végül becslést teszek az egészség-egyenlőtlenségek okozta halálozási veszteség mértékére.

1.1 AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ALAKULÁSA

1.1.1 VÁRHATÓ ÉLETTARTAM

Az egészségi állapot legelterjedtebb objektív mutatója a várható élettartam. A magyar férfiak és nők születéskor várható élettartama ma a legalacsonyabbak között van Európában, éveket elmaradva attól a szinttől, ami az ország gazdasági fejlettsége alapján elvárható volna:

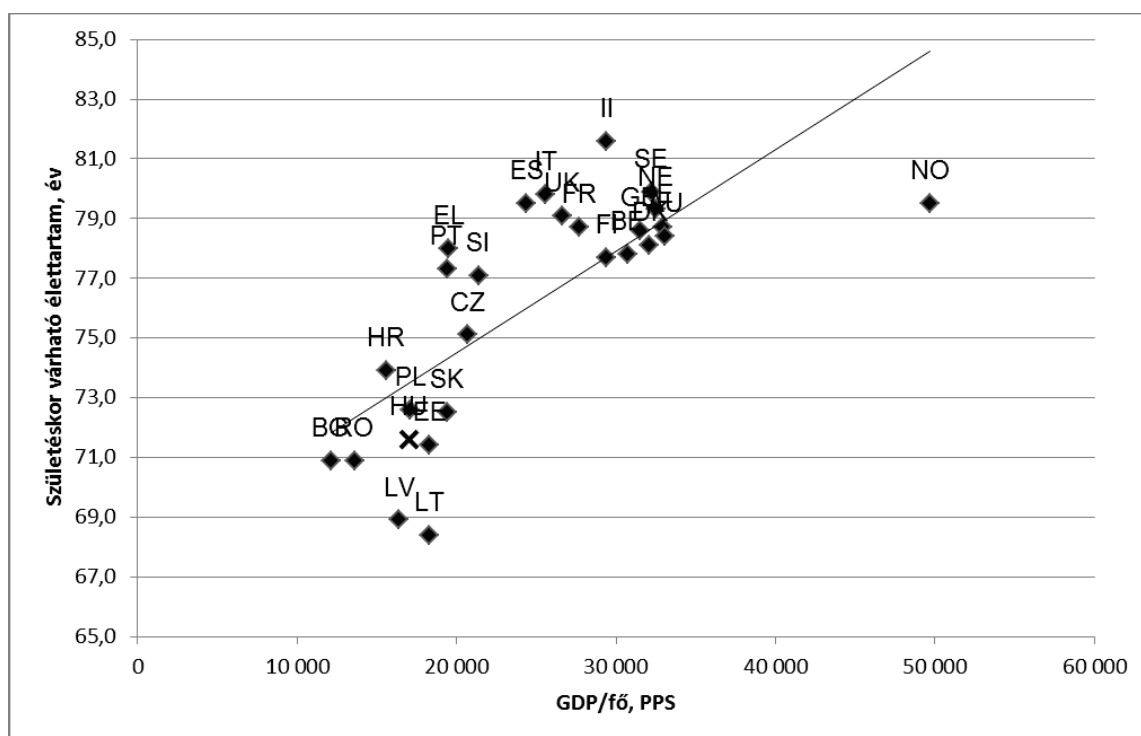
2. ábra: Születéskor várható élettartam Magyarországon és Európában, az egy főre jutó GDP (PPS) viszonylatában (2012) - Nők



Adatok forrása: Eurostat [demo_mlexpec] és [nama_aux_gph]¹

¹ Azok az ábrák, ahol csak az adatok forrása van feltüntetve, a szerző saját munkái.

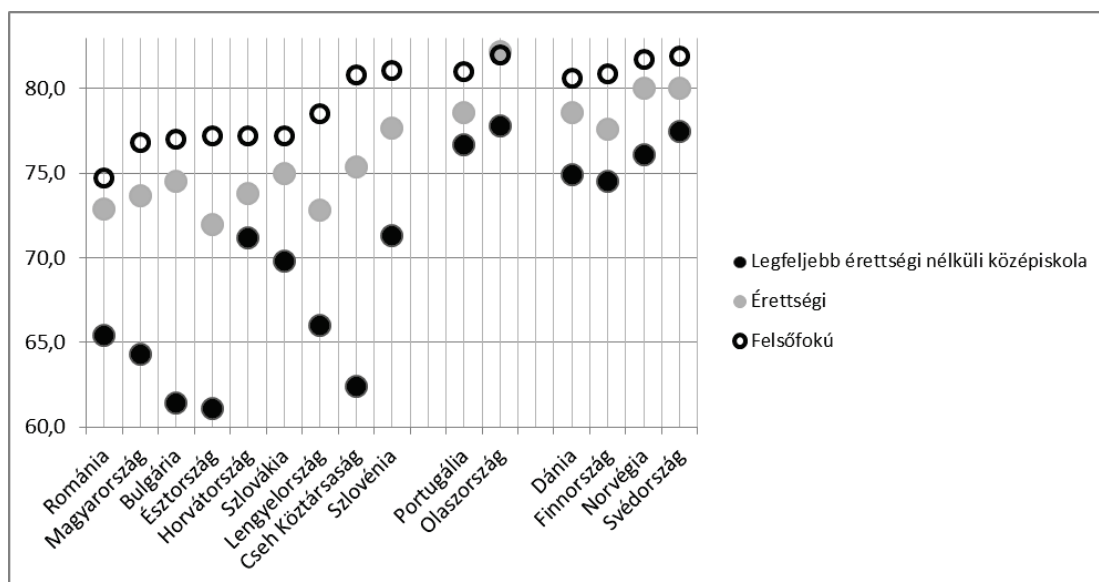
3. ábra: Születéskor várható élettartam Magyarországon és Európában, az egy főre jutó GDP (PPS) viszonylatában (2012) - Férfiak



Adatok forrása: Eurostat [demo_mlexpec] és [nama_aux_gph]

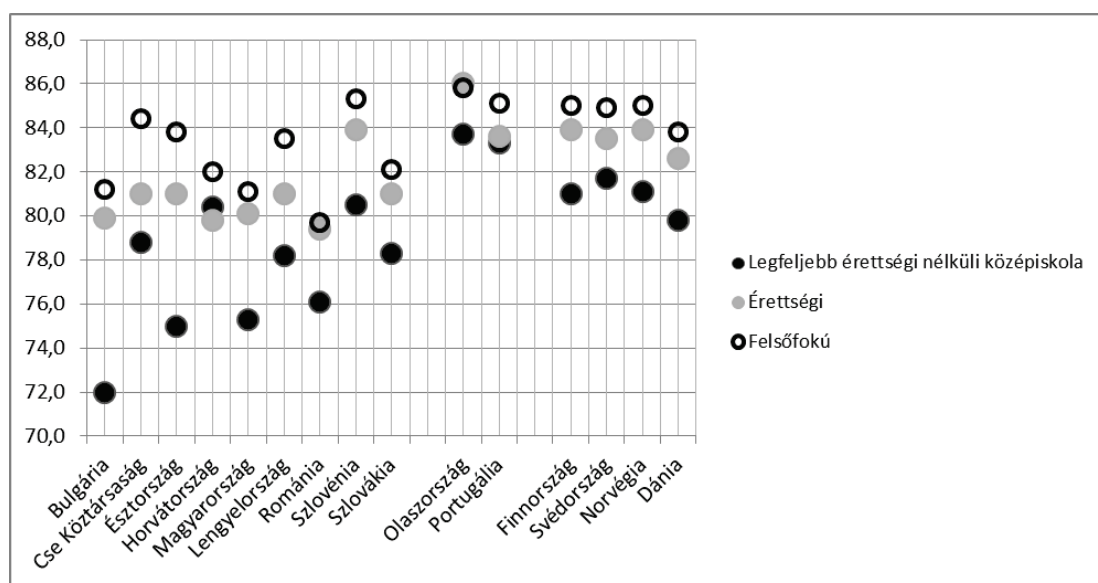
Amellett, hogy az átlagos érték is alacsony, a különböző státuszú társadalmi csoportok életkilátásai között ma Magyarországon az elfogadhatónál messze nagyobb különbségek vannak, pedig ez – Európa országait megvizsgálva – korántsem szükségszerű:

4. ábra: Iskolázottság szerinti várható-élettartam különbségek Európában, 2012 – Férfiak



Adatok forrása: Eurostat [demo_mlexpecedu]

5. ábra: Iskolázottság szerinti várható-élettartam különbségek Európában, 2012 – Nők

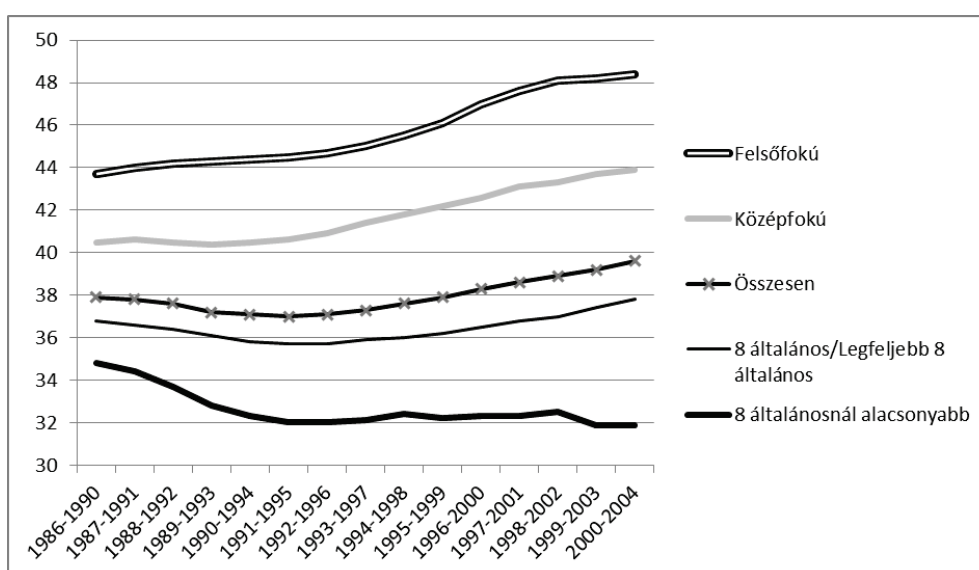


Adatok forrása: Eurostat [demo_mlexpecedu]

Különösen a férfiak esetében mondhatók igen magasnak a magyarországi egyenlőtlenségek, jóllehet, mértékük 2007 óta csökkent – szemben a nők körében tapasztalható egyenlőtlenséggel, ami Magyarországon, akárcsak Európa több országában, emelkedett (Bálint & Kovács, 2015).

Az iskolázottság szerinti egészségi állapot egyenlőtlenségeinek csökkenése a magyarországi idősoros adatok alapján is követhető, de csak a 2000-es évek második felétől, és csak nagyon enyhén. Az 6. ábra és a 7. ábra szerint a 2000-es évek közepén a 8 általánosnál is alacsonyabb képzettségű férfiak 30 éves korukban 16 évvel rövidebb életre számíhattak, mint a felsőfokú végzettségű férfiak: előbbiek további várható élettartama ekkor 62, utóbbiaké pedig több mint 78 év volt (Hablicsek 2007):

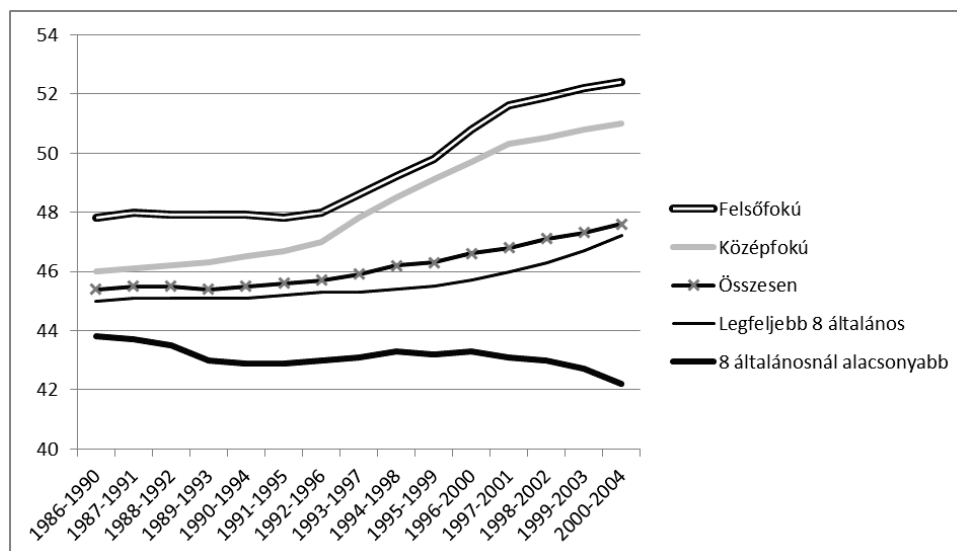
6. ábra: A 30 éves korban várható élettartam iskolázottság szerint, 1990-2004 - Férfiak



Forrás: (Hablicsek, 2007)

Megjegyzés: Négyéves mozgóátlagok alapján

7. ábra: A 30 éves korban várható élettartam iskolázottság szerint, 1990-2004 – Nők



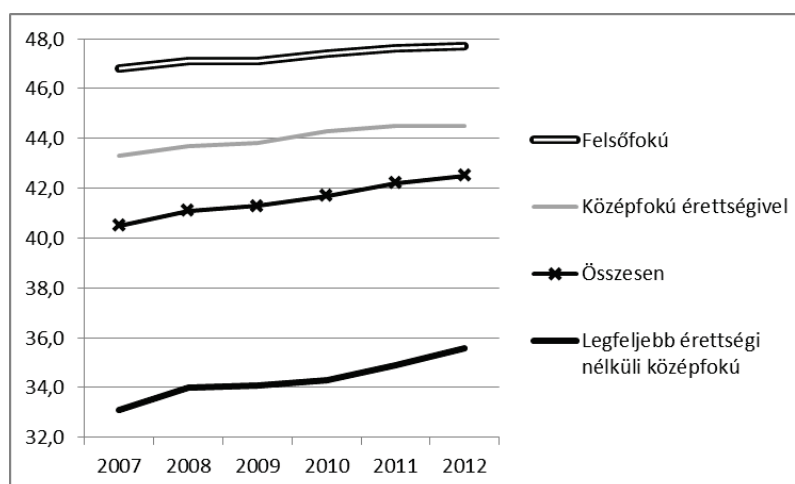
Forrás: (Hablicsek, 2007)

Megjegyzés: Négyéves mozgóátlagok alapján

A fenti ábrákról az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek helyzetét és alakulását illető további, kulcsfontosságú információk is leolvashatók. A várható élettartam stagnálásközei, kis mértékű növekedése mögött az egyenlőtlenségek súlyos „elszabadulása” húzódik meg: ahelyett, hogy a különböző társadalmi csoportok életkilátásainak kisebb-nagyobb mértékű *javulása* adná ki, az éppen hogy emelkedő átlagérték a képzettek életkilátásainak jelentős (4-6 évnyi) növekedése mellett a képzetlenek várható élettartamának a 2000-es évek első feléig tartó *csökkenéséből* adódik.

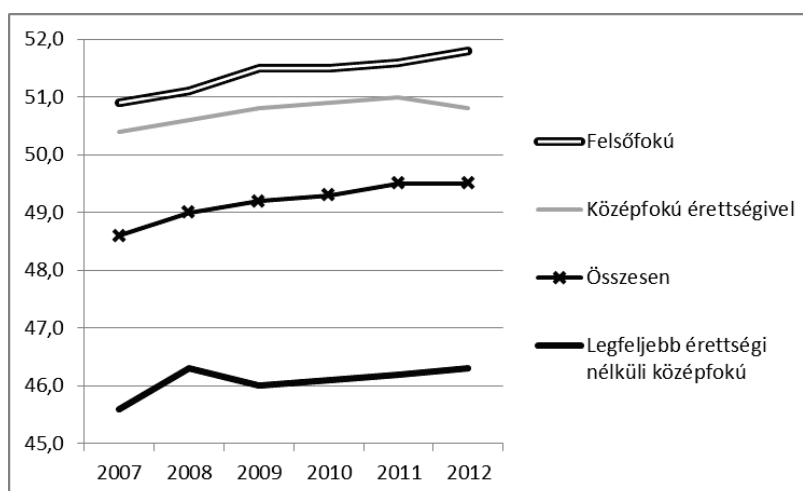
Bár az utóbbi trend úgy tűnik, megfordult, és az alacsonyan képzettek várható élettartama is növekedésnek indult, az egyenlőtlenségek mértéke nem csökkent jelentősen (8. ábra és 9. ábra):

8. ábra: A 30 éves korban várható élettartam iskolázottság szerint, 2007-2012 - Férfiak



Adatok forrása: Eurostat [demo_mlexpecedu]

9. ábra: A 30 éves korban várható élettartam iskolázottság szerint, 2007-2012 - Nők



Adatok forrása: Eurostat [demo_mlexpecedu]

A 8. ábra és a 9. ábra szintén a 30 éves korban várható élettartamot mutatja iskolázottság szerint, 2007 és 2012 között. Sajnos – az iskolázottsági kategóriák különbsége miatt – nem vethető össze közvetlenül az előző ábrapárral. Látható, hogy a trend a legalacsonyabb iskolázottsági kategóriában is többé-kevésbé emelkedő, a legalacsonyabb és legmagasabb végzettségű férfiak várható élettartamai között azonban még mindig 12 évnyi eltérés tapasztalható.

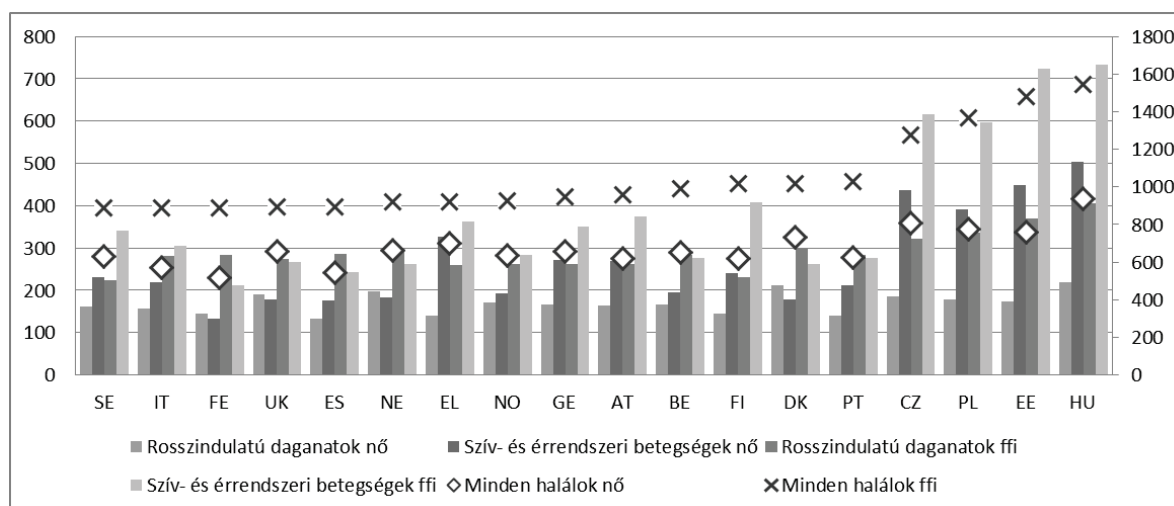
Bár az iskolázottság tekinthető az egészségi állapot egyik legfontosabb meghatározójának, egyéb törésvonalai is vannak az egészségnek. A különböző társadalmi-foglalkozási csoportok „mentén” például a rendszerváltás idején nem rajzolódott ki egyértelmű „gradiens”, egészségük egyenlőtlensége az elmúlt két évtizedben jelentősen növekedett. 1989/90 és 2004/05 között a fizikai és a szellemi foglalkozásúak standardizált halálozási hányadosainak aránya 125-ről 196-ra nőtt (Kovács & Őri, 2009). Amikor az iskolázottság szerinti adatokat hasonlítjuk össze, tudatában kell lennünk, hogy a különbségek nem csupán az iskolázottságbeli különbségeknek tudhatók be, hanem azoknak a tényezőknek is, amelyekre az iskolázottság jelentős hatással van.

Az egészségi állapot egyenlőtlenségei nem csak a teljes, hanem a különböző halálokok szerinti halálozás eltéréseiben is megnyilvánulnak, de a trendek e tekintetben, pontosabban a második leggyakoribb halálokok, a daganatos megbetegedések esetében nem olyan egyértelműek, mint a teljes halálozásnál vagy a szubjektívan értékelt egészségi állapotnál. Ennek okaira még nem rendelkezünk megfelelő magyarázattal. Egyes szerzők szerint az egyik magyarázó tényezőt a daganatos betegségek kialakulásának speciális társadalmi vonatkozásai jelentik. A dohányzás például jellegzetesen a magasabb státusú társadalmi rétegek felől „terjed” az alacsonyabb státusúak felé, beleértve ebbe a nemek közötti egyenlőtlenséget is, és társadalmanként változó, hol tart a folyamat. Térségünkben például a férfiak közül már az alacsonyabb státuszúakra jellemzőbb a dohányzás (ezért a férfiak dohányzással összefüggésbe hozható halálozása a „hagyományos”, társadalmi státusz szerinti lejtést mutatja), de már, illetve még a magasabb státuszú nők is érintettek. Nem jellegzetesen rosszabb az alacsony státuszúak

helyzete a mellrákos halálozás tekintetében sem, bár ezen a téren növekszik a képzettebb nők előnye (Kovács, 2007).

A 10. ábra a halálozás alakulását mutatja nemek és a főbb halálokok szerint Európában. Eszerint a posztszocialista országok halálozása élesen elválk a többi európai országtól, gyakorlatilag minden halálok szerint és mindkét nemben:

10. ábra: Halálokok szerinti és teljes, életkorra standardizált mortalitás 100 000 lakosra Európában nemek szerint, 2011



Adatok forrása: OECD.Stat, Health Status Dataset

Az 1986 és 2005 közötti időszakban abszolút értelemben a halálozás Magyarországon a 30 és 64 év közötti közép- és felsőfokú képzettségű férfiak körében csökkent, ugyanebben a korosztályban a legfeljebb alacsony végzettségűek körében pedig összességében, 1986 és 1995 közötti jelentős növekedést, majd az időszak második felében csökkenést követően nem változott (Kovács, 2007, p. 52). Ennek következtében az iskolázottság szerinti halandóságbeli egyenlőtlenségek jelentősen növekedtek. A legfeljebb alacsony végzettségűeknek a felsőfokúakéhoz viszonyított, az időszak elején kétszeres halálozási esélye az időszak végére 3,5-szeresre, a középfokú végzettségűeké ugyancsak a felsőfokú végzettségűekéhez viszonyítva 1,4-szeresről 1,89-szeresre növekedett (Kovács, 2007, p. 53). A daganatos eredetű idő előtti halálozás tekintetében is hasonló a helyzet: az egyenlőtlenségek mértéke minden tekintetben növekedett, ráadásul eközben csak a felsőfokú végzettségűek halálozása javult valamelyest, az alacsony végzettségűeké pedig még romlott is (Kovács, 2007, p. 63).

1.1.2 SZUBJEKTÍV EGÉSZSÉG

Az egészségi állapot önértékelésén alapuló adatok az egészség abszolút értelemben vett romlásáról és az egyenlőtlenségek növekedéséről tanúskodnak az elmúlt 15 évben.

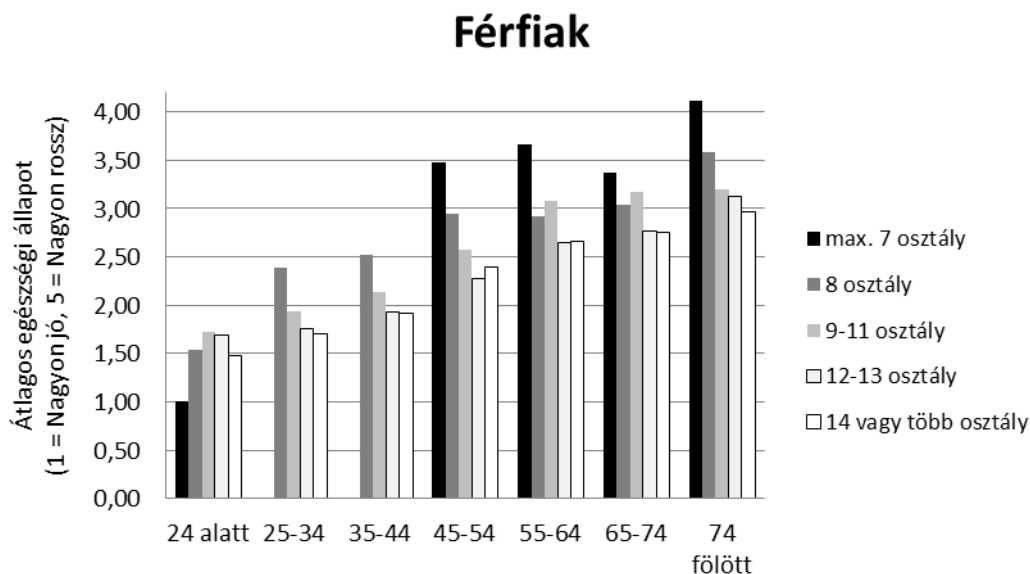
2001-es és 2009-es adatok összevetéséből kitűnik, hogy ezalatt az idő alatt egyedül a fiatal felsőfokú végzettségűek önbecslésén alapuló egészsége nem romlott (vagyis nem nőtt a rossz egészségről beszámoló aránya) – de az övök is inkább stagnáltak, mint javult (Kovács, 2012). A 25-54 év közöttieknek az iskolázatlanok körében 40%-ról majdnem 60-

ra, az alacsony jövedelműek körében 40%-ról 55% körülire nőtt azoknak az aránya, akik egészségi állapotukat rossznak tartják. Az iskolázottság esetében ez azt jelenti, hogy kicsit több, mint kétszeresről háromszorosra nőtt az egészségüket rossznak tartók aránya a legalacsonyabban képzettek között, a legmagasabb képzettségűekhez viszonyítva. Az 55 és 74 év közöttiek körében szinte valamennyi iskolázottsági és jövedelmi kategóriában jelentősen nőtt az egészségüket rossznak tartók aránya (Kovács, 2012).

A 2009-es ELEF-adatok szerint a nagyon rossz anyagi helyzetűek esetében a rossz/nagyon rossz vélt egészség esélye 6-szor nagyobb volt, mint a nagyon jó anyagi helyzetűek esetében. A felsőfokú végzettségűek körében a rossz/nagyon rossz vélt egészség esélye mindössze 31%-a volt a legfeljebb 8 általános osztályt végzők körében becsült esélynek (Vokó, 2011).

A European Social Survey, egy kétévente az EU szinte összes országában, és néhány nem EU-tag országban is felvett, az egyes országokra reprezentatív adatbázis (a továbbiakban ESS) 2012-es adatai szerint is jelentősek az iskolázottság szerinti különbségek Magyarországon. Csak a legfiatalabb életkori kategóriában nem látszanak nagy egyenlőtlenségek a különböző képzettségű csoportok között (11. ábra és 12. ábra):

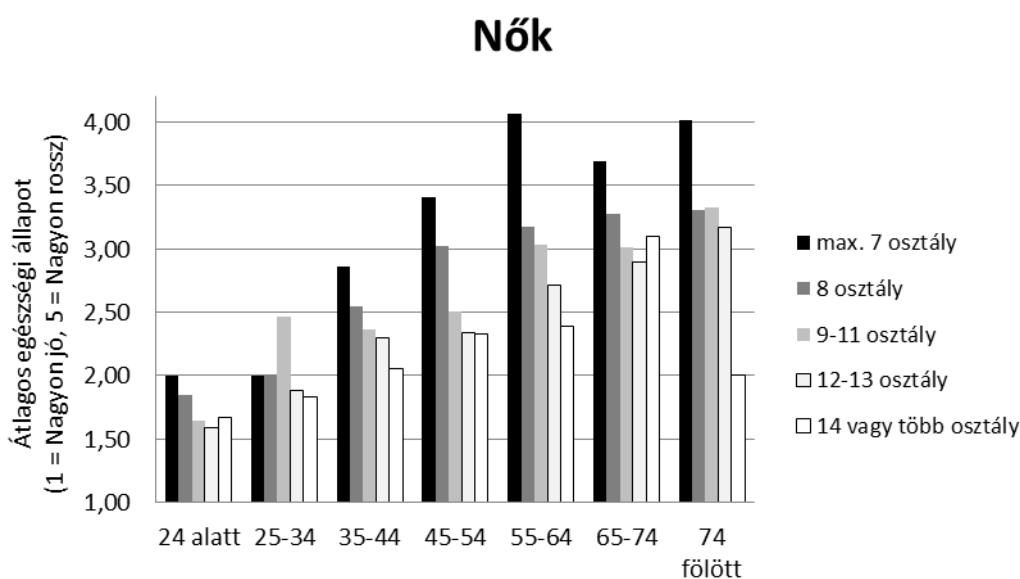
11. ábra: Szubjektív egészségi állapot iskolázottság szerint, életkor és nem szerinti bontásban (2012) - Férfiak



Adatok forrása: ESS 2012-es hullám

Megjegyzés: Az iskolázottsági csoportokat az elvégzett iskolai osztályok számának mutatója alapján képeztem. Az egészségi állapot mutatója ötfokozatú (1 = nagyon jó, 5 = nagyon rossz).

12. ábra: Szubjektív egészségi állapot iskolázottság szerint, életkor és nem szerinti bontásban (2012) - Nők



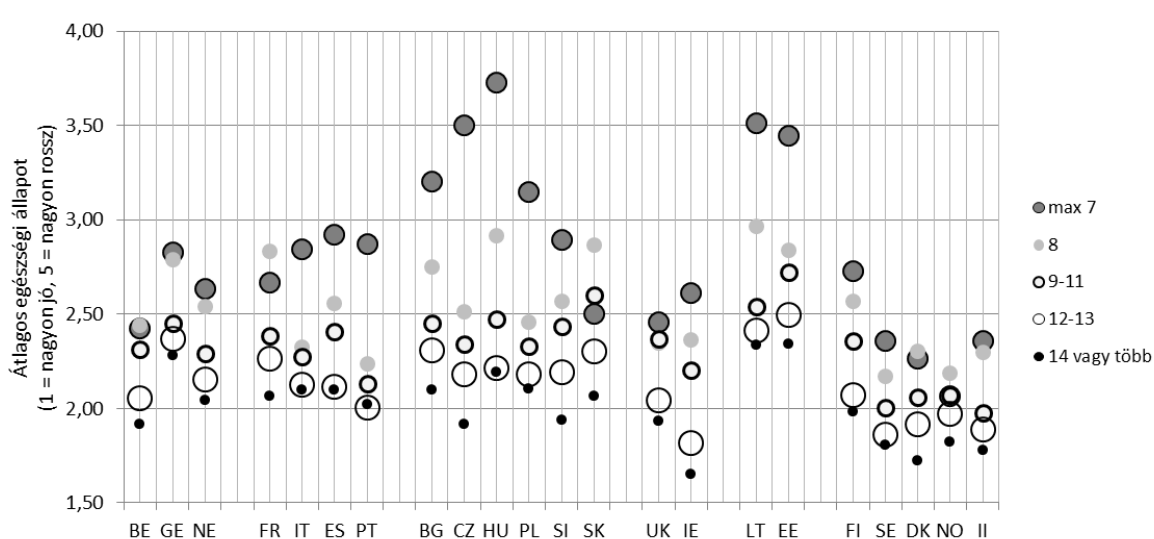
Adatok forrása: ESS 2012-es hullám

Megjegyzés: Az iskolázottsági csoportokat az elvégzett iskolai osztályok számának mutatója alapján képeztem. Az egészségi állapot mutatója ötfokozatú (1 = nagyon jó, 5 = nagyon rossz).

Az ugyanezen évből származó adatokat korábbiakkal összevetve látszik, hogy korábbi életkorban kezd leszakadni az alacsony iskolázottságúak egészségi állapota, illetve kirajzolódni az egészségi állapot lejtője (Kovács & Tóth, 2015).

Ezek az egyenlőtlenségek szintén nagyok nemzetközi összehasonlításban is. A 13. ábra az ESS 2012-es hullámának adatai alapján mutatja meg, hogy különböző európai országokban hogyan alakult a szubjektív egészségi állapot iskolázottsági kategóriák szerint:

13. ábra: Az önbecslésen alapuló egészségi állapot iskolázottság szerint Európában, 2012



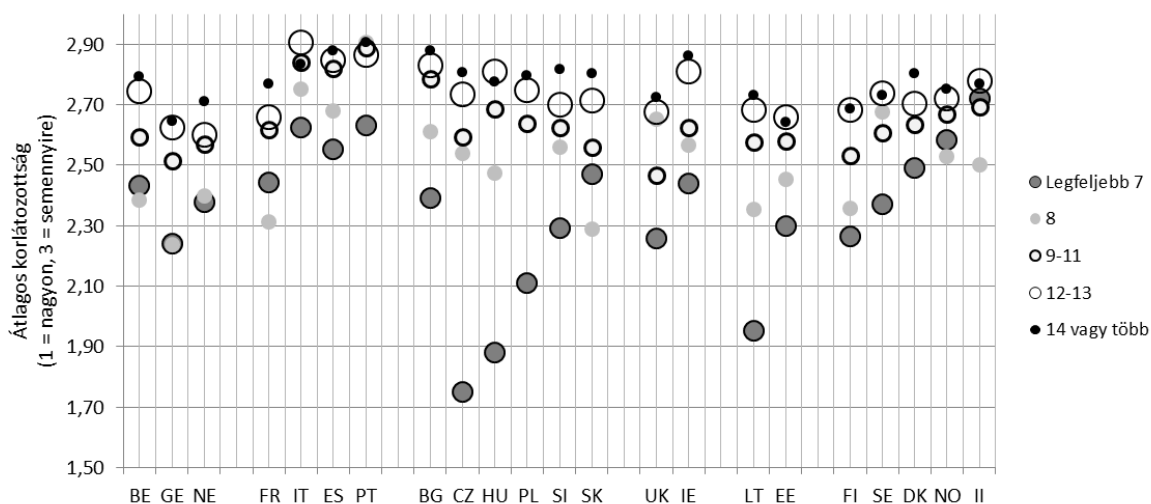
Adatok forrása: ESS 2012-es hullám

Megjegyzés: Az iskolázottsági csoportokat az elvégzett iskolai osztályok számának mutatója alapján képeztem. Az egészségi állapot mutatója ötfokozatú (1 = nagyon jó, 5 = nagyon rossz). Az adatok korra nem standardizáltak, vagyis az egyes országok korstruktúrája befolyásolhatja őket.

Mint azt korábban jeleztem, az egészségi állapot szubjektív becslése országok között nem, vagy csak fenntartásokkal összevethető. Ezért itt nem elsősorban az érdemel figyelmet, hogy az alacsonyan képzett magyarok egészségi állapota kiugróan rossz, jóllehet, az általános iskolainál magasabb végzettséggel rendelkezők körében nem tűnik jelentősnek a kulturális hatás (vagy a várhatónál sokkal jobb az egészségi állapotuk). Lényegesebb a skála – az előbbiből is következő – széthúzottsága, vagyis hogy Magyarországon a többi országnál nagyobbak a távolságok.

Bár szintén szubjektív ítéleten alapul, valamivel megbízhatóbb lehet – lévén a kérdéses tényező könnyebben megítélhető – a betegség miatti akadályozottság. A 14. ábra ezt mutatja ugyanezekben az országokban (itt a magas értékek jelentik a jobb egészségi állapotot):

14. ábra: A betegség miatti korlátozottság iskolai végzettség szerint Európában, 2012



Adatok forrása: ESS 2012-es hullám

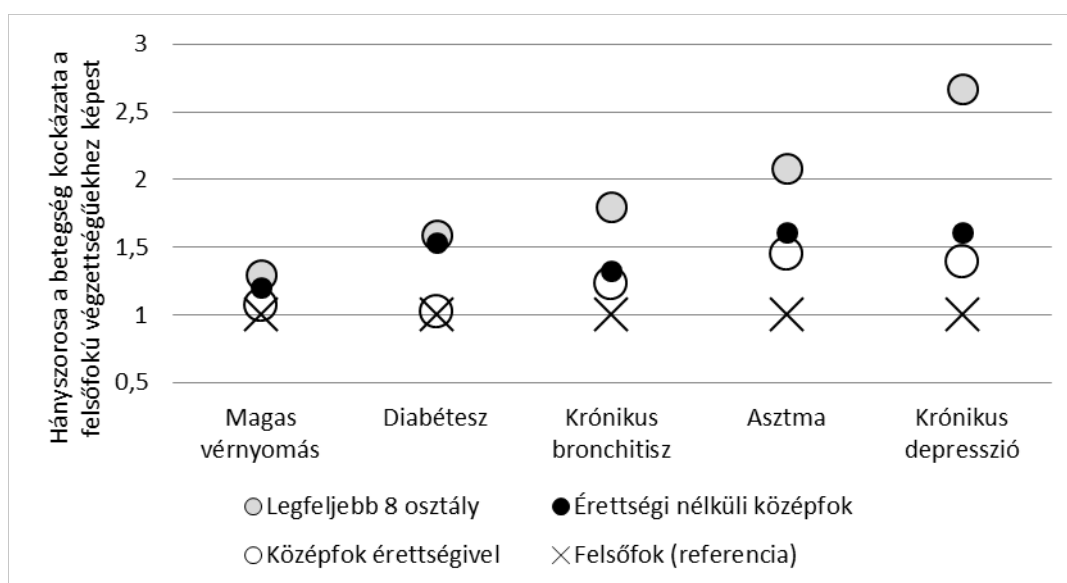
Megjegyzés: Az iskolázottsági csoportokat az elvégzett iskolai osztályok számának mutatója alapján képeztem. A korlátozottság mutatója háromfokozatú (1 = nagy mértékben korlátozott, 2 – valamelyest korlátozott, 3 = nem korlátozott). Az adatok korra nem standardizáltak, vagyis az egyes országok korstruktúrája befolyásolhatja őket.

Látható, hogy nagyon eltérő az egyenlőtlenségek mértéke a különböző társadalmakban, és Magyarország e tekintetben is a leegyenlőtlenebb országok egyike.

1.1.3 MORBIDITÁS

Az egészségi állapotnak fontos dimenziója a morbiditás, és ennek társadalmon belüli eloszlása is egyenlőtlen. Ugyancsak a már idézett ELEF2009 adatain alapul a 15. ábra: ezen a különböző krónikus betegségek előfordulásának valószínűségét láthatjuk iskolázottság szerint:

15. ábra: Egyes krónikus betegségek előfordulásának valószínűsége iskolázottság szerint (2009)



Forrás: (Kovács & Tóth, 2015)

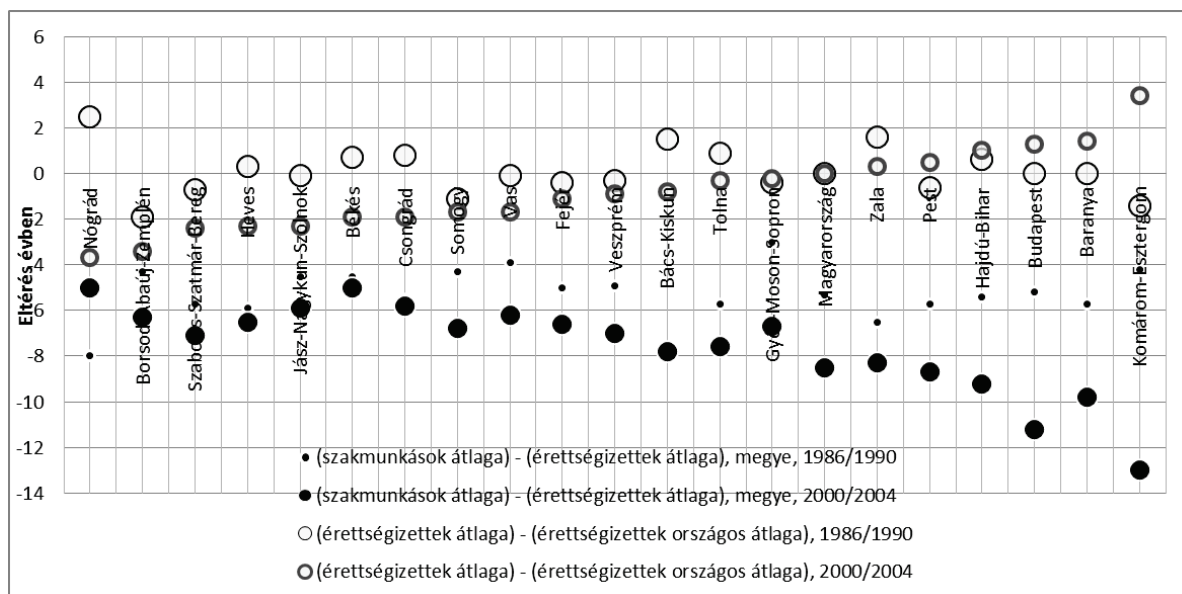
Az adatok tanúsága szerint a legalacsonyabban iskolázottak körében másfélszer gyakoribb a cukorbetegség, kétszer gyakoribb a krónikus bronchitisz és az asztma, és közel háromszor akkora valószínűséggel fordul elő krónikus depresszió, mint a felsőfokú végzettségűeknél. Az egészségi állapotot befolyásoló különböző szocioökonómiai tényezők hatásainak összeadódása drámai különbségeket eredményez: a felsőfokú végzettségű, magas jövedelmű, fejlett településen élők 1,2%-a volt szubjektíve és objektíve is beteg, a legfeljebb általános iskolai végzettséggel rendelkező, fejletlen településen alacsony jövedelemből élők körében ugyanez az arány 24,4%, vagyis hússzorosa a másik csoporténak (Havasi, 2011).

1.2 AZ EGÉSZSÉG TERÜLETI EGYENLŐTLENSÉGEI

Az egészségi állapot eddig bemutatott egyenlőtlenségei, az egészségi állapot társadalmi viszonyokban gyökerező meghatározó tényezőinek térbeli eloszlását követve, nagy mértékű területi egyenlőtlenségekben is megnyilvánulnak. A 16. ábra megyénként mutatja a legfeljebb szakmunkás és a legalább érettségizett férfi lakosság 30 éves korban várható élettartamát a rendszerváltás előtt közvetlenül, és 2000/2004-ben (négy éves átlagokkal)². A teljes népességre vonatkozólag a második időszakban Budapest lakosainak volt a legmagasabb, 30 éves korukban további 41,1 év a várható élettartama, a legrövidebb életre, további 37,6 életévre a szabolcsi férfiak számíthattak. A legrosszabb és a legjobb helyzetű megye közötti különbség az alacsonyabb végzettségűek esetében 3, a magasabb végzettségűek esetében 6,8 év volt; a legrosszabb helyzetű alacsony végzettségűek több, mint 13 évvel rövidebb életre számíthattak, mint a legjobb helyzetű magasabb végzettségűek.

² Ennél frissebb, de a társadalmi struktúra szerint nem bontott, megyei szintű adatokat a teljes népességre vetítve ld. https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_wdsd008.html

16. ábra: A 30 éves korában várható élettartamok viszonyai megyék és iskolázottság szerint, férfiak



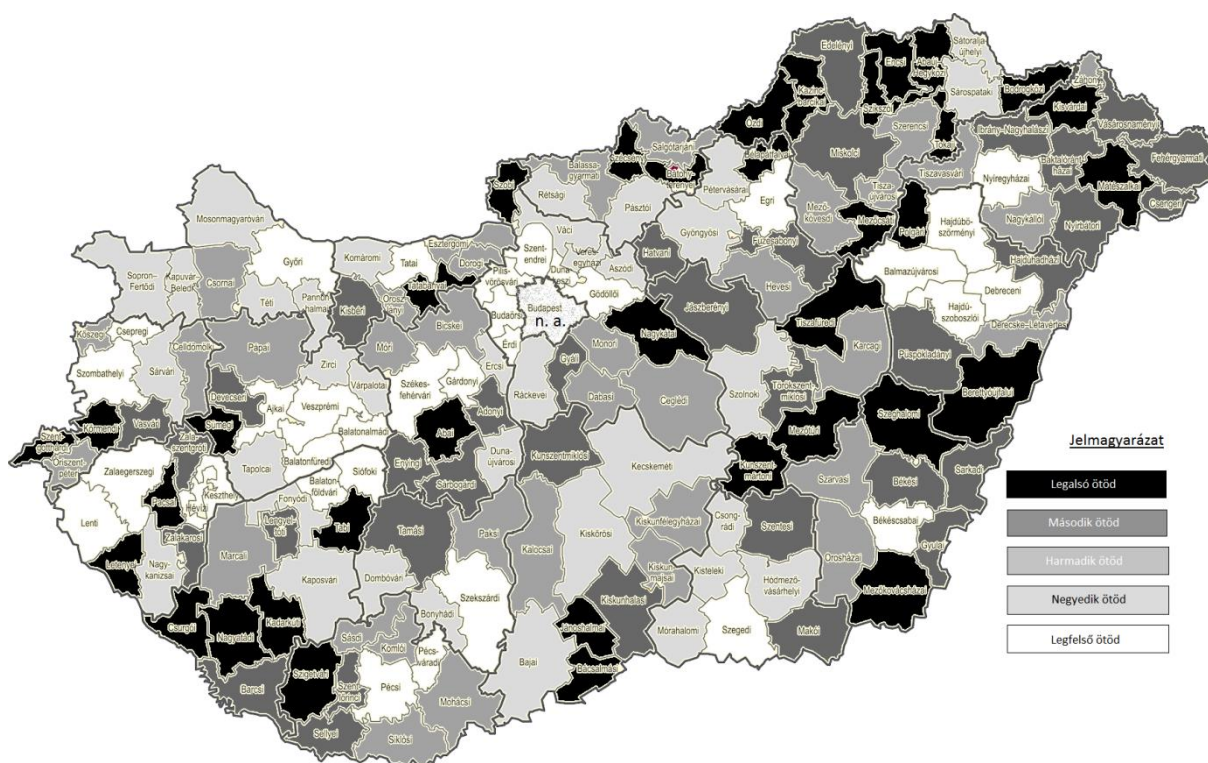
Adatok forrása: (Hablicsek, 2007)

Látható egyrészt a megyéken belüli egyenlőtlenségek növekedése, bár megyénként eltérő mértékben: a legfeljebb szakmunkásoknak a megyei érettségizettek átlagától való eltérése a legtöbb megyében jelentősen növekedett. Másrészt látszik, hogy azokban a megyékben, ahol a belső egyenlőtlenség kisebb mértékben növekedett, ez elsősorban azért következett be, mert az országos átlaghoz képest viszont az érettségizettek várható élettartama leszakadt, vagyis a területi egyenlőtlenségek lejtőjén a megye lejjebb csúszott. Látható, hogy ebben a pozícióban a legrosszabb helyzetű észak-kelet-magyarországi megyék vannak. Ezekben a megyékben tehát a vizsgált közel 15 évben a domináns folyamat nem a helyi társadalmon belüli egyenlőtlenségek növekedése, hanem a megyéknek az országos átlagokhoz viszonyított pozícióromlása volt.

Mindebben a helyi társadalom státusz-összetétele és ennek közvetlen következményei mellett a munkaerőpiaci lehetőségeknek, az emberek életmódjának és fizikai, szociális és pszichés életkörülményeinek, és a terület egészségi állapotra hatással levő erőforrásokkal való ellátottságának volt döntő szerepe. Utóbbi körben nagy szerepe lehetett például az egészségügyi rendszer helyi „sűrűségének”, elérhetőségének és minőségének. Az előbb felsorolt tényezők ugyanakkor nem tekintendők adottnak: alakulásukat – tényezőtől függően rövidebb vagy hosszabb távon – közpolitikai beavatkozásokkal, infrastrukturális fejlesztésekkel alapjaiban lehet befolyásolni.

Az egészségi állapot a kistérségek között is jelentős egyenlőtlenséget mutat.

17. ábra: A kistérségek várható élettartamok szerinti kvintilisei (2014)



Forrás: saját szerkesztés.

Adatok forrása: KSH adatközlés egyéni kérésre, 2015.

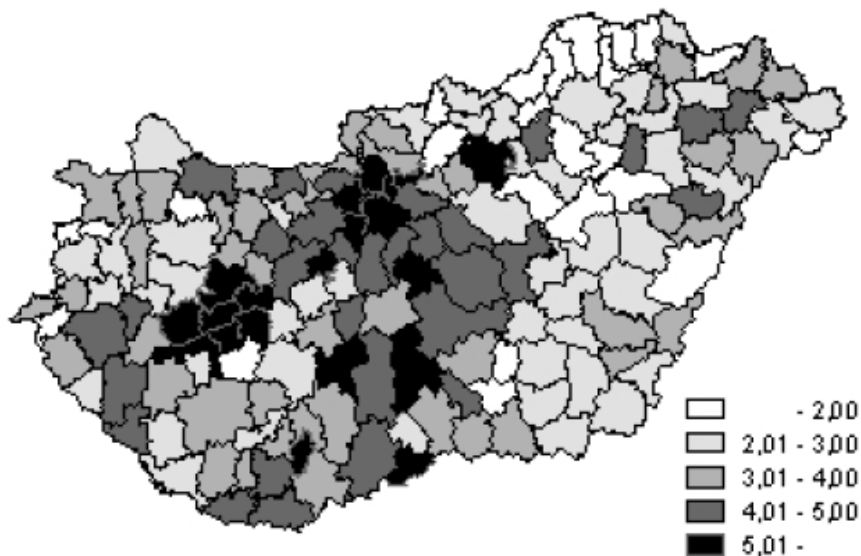
Térkép forrása: https://www.ksh.hu/docs/teruletiatlasz/kistersegek_nagy.png

Várható élettartam-tartományok az ötödökben: Legelső ötöd – 69,9-73,4; Második ötöd – 73,4-74,3; Harmadik ötöd: 74,3-75,1; Negyedik ötöd – 75,2-76,2; Legfelső ötöd – 76,3-78,3.

A 17. ábra az egészség-egyenlőtlenségek területi eloszlását mutatja: a legvilágosabb színnel jelzett, legjobb helyzetű 34 kistérség elenyésző hányada található az ország északnyugati vidékén kívül, és ezek is szinte kivétel nélkül fejlett nagyvárosokhoz kapcsolódnak: a hat „kilógó” kistérség közül négy, a Pécsi, a Debreceni, a Szegedi, és az Egri ilyen, egy fejlett nagyváros által dominált mikrorégió. A jó helyzetű kistérségek között jellegzetes a Budapest-Balaton „tengely” kirajzolódása. A második legjobb helyzetű ötöd eloszlása is jellegzetes: az északkeleti és a délnyugati végeken szinte nem találhatók az ebbe a kategóriába eső kistérségek. A skála másik végén található második legrosszabb csoporttal a helyzet éppen fordított: ezeknek a keleti-északkeleti vidéken és az ország délnyugati részén a legnagyobb a gyakorisága. A legrosszabb helyzetű ötöd földrajzi pozíciója is sok figyelmet érdemel ugyanakkor, csakhogy ez éppen a földrajzi eloszlás tendenciájának látszólagos hiánya miatt: az ország szinte valamennyi vidékén felbukkannak az ebbe a kategóriába tartozó kistérségek. A jelenség magyarázata az úgynevezett „belső perifériák” részleteiben keresendő, és éppen ezek azok a részletek, amelyeket a megyei szintre aggregált adatok elrejtene a szem elől: a társadalom ugyanis nem csak az országos centrumoktól, illetve a nyugati-északnyugati régiótól távolodva „lejt”, hanem a helyi, távolról láthatatlan erőviszonyok, infrastrukturális erőforrások mentén is.

Az egyenlőtlenségek alakulásának természetéről árul el sokat, hogy hogyan változott a várható élettartam a kistérségekben a rendszerváltás óta:

18. ábra: A férfiak és a nők születéskor várható élettartamának változása 1980-84 és 2002-2006 között (év)



Forrás: (Bálint, 2010)

Megjegyzés: Az ábra négy éves mozgóátlagokat használ, amivel a kistérségek népességének szükségszerűen változókéony jellemzői megbízhatóbban ragadhatók meg.

Mint látható, az időszak folyamán egyrészt a Budapest és a Balaton környéki területek, másrészt az ország belső területei „könnyelhettek el” jelentősen nagyobb növekedést, míg a keleti és az északkeleti kistérségek eszerint is inkább vesztesei voltak az átalakulásnak. Az, hogy a várható élettartam ezeken a területeken csak kis mértékben növekedett, részben a rendszerváltást követő, abszolút értelemben vett csökkenésnek tudható be. Mind a „jó”, mind a „rossz” helyzetű kistérségek között vannak olyanok, amelyek a hagyományosan „jó” vagy „rossz” területektől távol, mintegy zárványként állnak.

A kistérségek népességének várható élettartama nagyobb különbségeket mutat, mint az e téren is kiegyenlítő megyei adatok: az ott mért 2-3 év helyett itt a legjobb és legrosszabb helyzetű kistérségek közötti eltérés 10 év is lehet: ennyivel számíthatnak hosszabb életre a balatonfüredi és környéki férfiak, mint az Abaúj-hegyköziek, és a Balatonalmádiban és környékén élő nők, mint a szentgotthárdiak:

1. táblázat: A várható élettartamok nemenként és átlagosan a 10 legjobb és a 10 legrosszabb helyzetű kistérségben, 2014

	Kistérség neve	Megye	Férfiak	Nők	Átlagosan
1	Balatonfüredi	Veszprém	76	80,63	78,32
2	Balatonalmádi	Veszprém	74,61	81,44	78,03
3	Keszthelyi	Zala	74,61	81,37	77,99
4	Dunakeszi	Pest	75,8	80,13	77,97
5	Hajdúböszörményi	Hajdú-Bihar	74,22	81,69	77,96
6	Szentendre	Pest	74,73	80,85	77,79
7	Balatonföldvári	Somogy	73,93	81,34	77,64
8	Egri	Heves	74,41	80,84	77,63
9	Siófoki	Somogy	74,39	80,66	77,53
10	Budaörsi	Pest	74,72	80,17	77,45
...
...
159	Bélapátfalvai	Heves	68,59	76,19	72,39
160	Szécsényi	Nógrád	67,89	76,76	72,33
161	Bácsalmási	Bács-Kiskun	68,81	75,81	72,31
162	Jánoshalmi	Bács-Kiskun	67,23	77,28	72,26
163	Mezőcsáti	Borsod-Abaúj-Zemplén	66,87	77,52	72,2
164	Ózdi	Borsod-Abaúj-Zemplén	68,9	75,18	72,04
165	Csurgói	Somogy	66,86	76,98	71,92
166	Kadarkúti	Somogy	69,27	74,23	71,75
167	Szentgotthárdi	Vas	69,94	71,75	70,85
168	Abaúj-Hegyközi	Borsod-Abaúj-Zemplén	66,28	73,53	69,91

Forrás: saját szerkesztés.

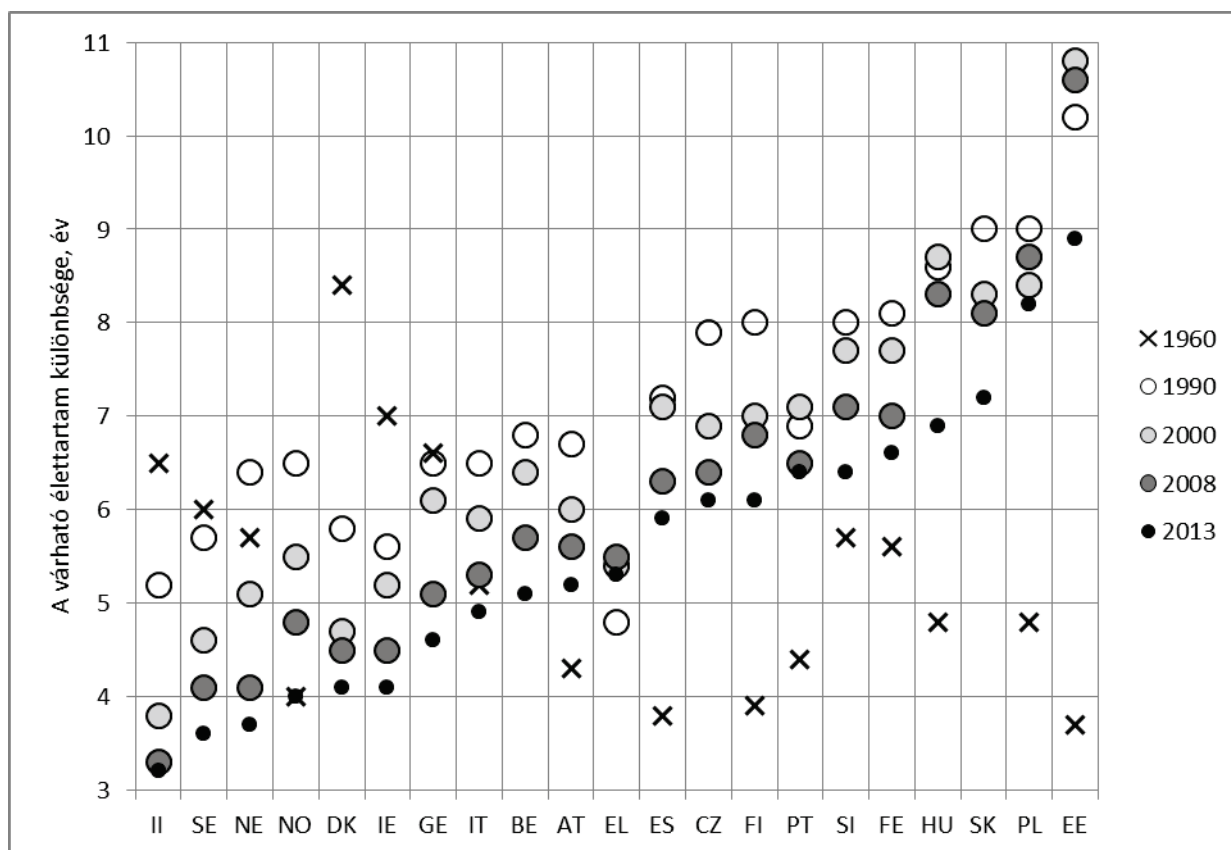
Adatok forrása: KSH adatközlés egyéni kérésre, 2015.

A területi és a gazdasági társadalmi egyenlőtlenségek összefonódása rendkívül összetett jelenség; nem értelmezhető egyik a másik nélkül. Az egészségi állapot egyenlőtlenségei pontosan követik a két dimenzió szerinti törésvonalakat, és mint látható, a megfelelő adatok birtokában általuk olyan összefüggésekre is fényt deríthetünk, amik különben esetleg rejtve maradnának.

1.3 AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT GENDER-SPECIFIKUS JELLEMZŐI

A bemutatott adatok szerint a férfiak egészsége érzékenyebben reagált az elmúlt évtizedek gazdasági és társadalmi változásaira. A férfiak és a nők életkilátásai közti különbséget szokás „természetesnek” tekinteni – helytelenül, hiszen a vonatkozó kutatási eredmények szerint a különbség biológiai természetű okokkal csak nagyon kis részben magyarázható meg, vagyis nem a biológiai nem, hanem az ahhoz kötődő társadalmi szerepek és helyzetek idézik azt elő (lásd pl. Sen & Östlin (2010)). Az eltérést általában a nők és férfiak életmódja közti különbséggel szokták magyarázni: a férfiak rendszertelenebbül élnek, többet isznak és dohányoznak, mint a nők, kevésbé táplálkoznak egészségesen, kevésbé érzékenyek egészségük változásaira (Józan, 1999). Magyarországon nemzetközi viszonylatban igen nagy a két nem egészségi állapota közti különbség, de közel 2000 óta közel két évet csökkent (19. ábra):

19. ábra: A férfiak és nők 40 éves korban várható élettartamának különbségének alakulása 1960 óta, év

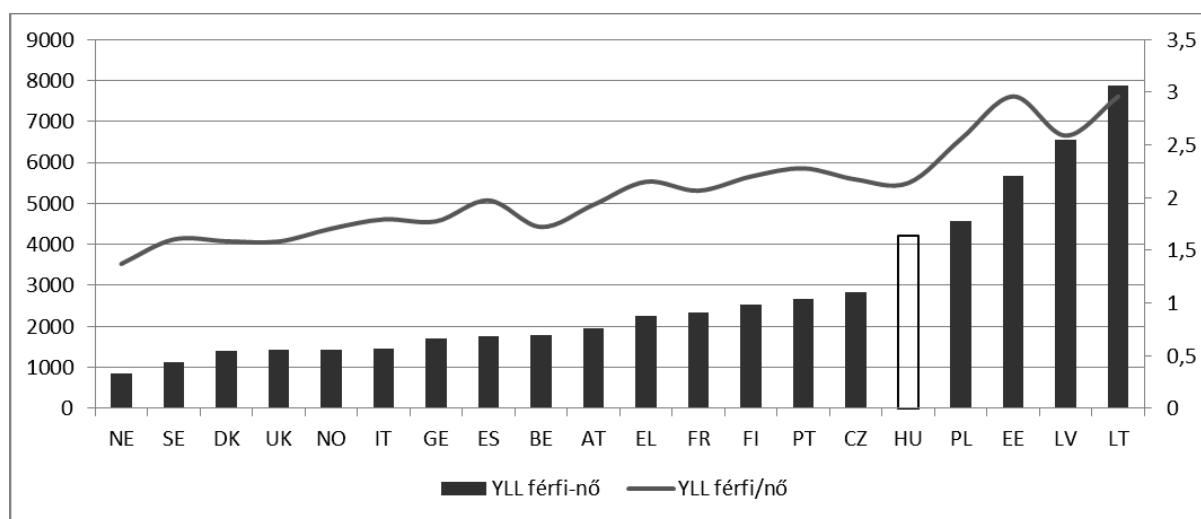


Adatok forrása: OECD.Stats, letöltés ideje: 2016. március 18.

Jól látható, hogy egyrészt Magyarországon még mindig az egyik legnagyobb a férfiak várható élettartam-hátránya, másrészt 1990 óta – mint szinte minden más vizsgált országban is – majdnem két évvel csökkent ez a hátrány. Ugyanakkor míg a legtöbb helyen ez a csökkenés graduálisan következett be, Magyarországon 1990 és 2008 között szinte alig történt változás. Ehhez hasonló folyamat egyedül Észtországban zajlott le. Figyelemre méltó, hogy 1960-ban a legtöbb közép-kelet-európai országban még lényegesen kisebb volt a férfiak és nők közötti különbség, sok nyugati országénál is kisebb. A részletes adatokból kiderül, hogy ugyan 1960 után mindkét országcsoportban nyílt ez az olló, a nyugat-európai országokban (Norvégiát kivéve) csak körülbelül 1980-ig, és azóta csökkenő trend érvényesül, míg a térségünkbeli országokban csak az 1990-es évek közepétől kezdődött meg ez a csökkenés. A jelenség hátterében valószínűleg többféle ok is meghúzódik, a várható élettartam szintjétől az egészségügyi technológia fejlődésének jellegzetességein és hozzáférhetőségén keresztül a tágabban értelmezett társadalmi-gazdasági közeg különbözőségéig.

A várható élettartamhoz hasonlóan a férfiak és a nők idő előtti halálozásra vonatkozó értékeinek aránya és a különbsége is meglehetősen magasak Magyarországon, de – szintén az OECD részletesebb adatai szerint – mindkettő jelentősen csökkent az elmúlt tíz évben (20. ábra):

20. ábra: 100 000 főre jutó, 70 éves kor alatt bekövetkező halálozás miatt elveszített életévek különbsége (bal tengely) illetve aránya (jobb tengely) férfiak és nők esetében (2011)



Adatok forrása: OECD.Stats, letöltés ideje: 2015. október 16.

A fejezet legelején szereplő, a férfiak és nők iskolázottsági csoportok szerinti, 30 éves korban várható élettartamát bemutató 6. ábra és 7. ábra alapján leolvasható, hogy az iskolázottság emelkedésével férfiak és nők között az egyenlőtlenség csökken. Míg a legalacsonyabb képzettségűek esetén még 10 év (a nők 42 éve áll szemben a férfiak 32 évével), addig a magasabb iskolázottságú kategóriákban rendre 9, 7 és 4 év a férfiak hátránya. Ez azt jelenti, hogy a nemek közötti egészségbeli egyenlőtlenségre is erőteljes hatással van a társadalomban beöltött pozíció, ráadásul nem azonos módon és/vagy mértékben hat a férfiak és a nők esetében.

Az összefüggés egyik fele az, hogy a társadalmi státusz csökkenésével egyre nagyobb a különbség a férfiak és a nők életmódja között a fent felsorolt elemek tekintetében. Másrészt ugyanakkor számos kutatás igazolja, hogy a rendszerváltás óta bekövetkezett társadalmi-gazdasági változások, az egyenlőtlenségek növekedése, különösen az alacsony iskolai végzettségűek munkaerőpiaci pozíciójának korábban részletesen bemutatott megrendülése megfűszerezve a magyar társadalom még ma is kifejezetten tradicionális értékrendjével, amely a férfitől dominanciát és családfenntartói szerepet, a családról való anyagi értelemben vett gondoskodást várja el, együttesen a férfiak egészségét nagyban romboló pszichoszociális tényezőt alkot. A megváltozott társadalmi körülmények, a munkahely, a megélhetés bizonytalanná válása folyamatos nyomást helyez a férfiakra. A bizonytalanság és a vele járó stressz annál nagyobb, minél alacsonyabb a végzettsége valakinek. Az iskolai végzettség végső soron tehát a krónikus stressz szintjét és az életmódot (a dohányzás, alkoholfogyasztás, túlsúly gyakoriságát) befolyásolja, és ezen keresztül hatva alakítja ki az egészségi állapot bemutatott, drámai eltéréseit (Kopp & Skrabski, 2009).

A rendszerváltás után több posztoszocialista országban megfigyelték, hogy – az elméletek szerint éppen a fent bemutatott összefüggések miatt – a lakosság, és különösen a férfiak egészségi állapota nem javul olyan mértékben, ahogy az a gazdasági fejlettség alapján várható volna. Magyarország azonban e tekintetben is különösen rossz helyzetben van, mert a középkorú férfiak halálozása nagyon magas (Kovács & Óri, 2009). Bár eszerint a tanulmány szerint a férfiak minden országban, minden korcsoportban „veszélyeztetettebbek”, mint a nők, és a kelet-európai országokban is szintén minden

korcsoportban magasabb a halálozás, mint a többi országban. A középkorú, 45 és 64 év közötti magyar férfiak halálozása azonban háromszorosa az olasz, osztrák, brit, és majdnem kétszerese a cseh adatnak, de a bolgár és román értéknél is lényegesen magasabb.

A halálozási viszonyok társadalmi „beágyazottsága”, a helyi közösségek, emberi kapcsolatok jelentősége mellett arra is felhívja a figyelmet a Hungarostudy nevű egészségfelmérés eredményeinek már idézett elemzése (Kopp & Skrabski, 2009), hogy a férfiak és nők egészségi állapota szempontjából a fenti tényezők egészen más dimenziói bírnak jelentőséggel. A magukat a családjuk jólétéért felelősnek tartó – és többnyire a környezetük által is így tekintett – férfiakra a kiszámíthatatlanság, bizonytalanság, és a gazdasági, munkaerőpiaci értelemben vett kiszolgáltatottság és gyenge pozíció, és az élet értelmetlenségének mindezzel összefüggő érzete viseli meg leginkább³. „Vigaszt”, támogatást a férfiak a jelek szerint legközelebb hozzátartozóiktól kaphatnának, mert a házastárstól illetve a gyerekektől kapott társas támogatás hiánya is jelentős veszélyfaktora az egészségnek. A nők esetében ezzel szemben nagyobb jelentőséggel bírnak a tágabb társas kapcsolatok: egészségüket ezek hiánya illetve a velük kapcsolatos elégedetlenség veszélyezteti.

1.4 AZ „INTERMEDIER” TÉNYEZŐK JELLEMZŐI

Az egészségi állapotot közvetlenül meghatározó tényezők, így a fizikai életkörülmények vagy az életmód, egészséggel kapcsolatos szokások nem azért nincsenek ennek az elemzésnek a homlokterében, mert ne lennének nagy hatással az egészségi állapotra, hanem mert maguk is szoros összefüggésben vannak az emberek társadalmi-gazdasági helyzetével. A magyar politikai közvéleményben ugyanakkor jellegzetesen ezeket – pontosabban a WHO által intermedier tényezőknek nevezett faktorok közül se mindet – tekintik az egészségi állapotot kizárólagosan meghatározó tényezőknek, miközben azok tágabb kontextusa és az egészségi állapot alakulásával kapcsolatos egyéb szempontok, például a kitettség vagy a sérülékenység koncepciója nem jelennek meg.

Az alábbi ábrákon az egészségi állapotra nagy hatással levő „intermedier” tényezők alakulását, és az azokkal kapcsolatos társadalmi egyenlőtlenséget mutatom be nemzetközi összevetésben.⁴

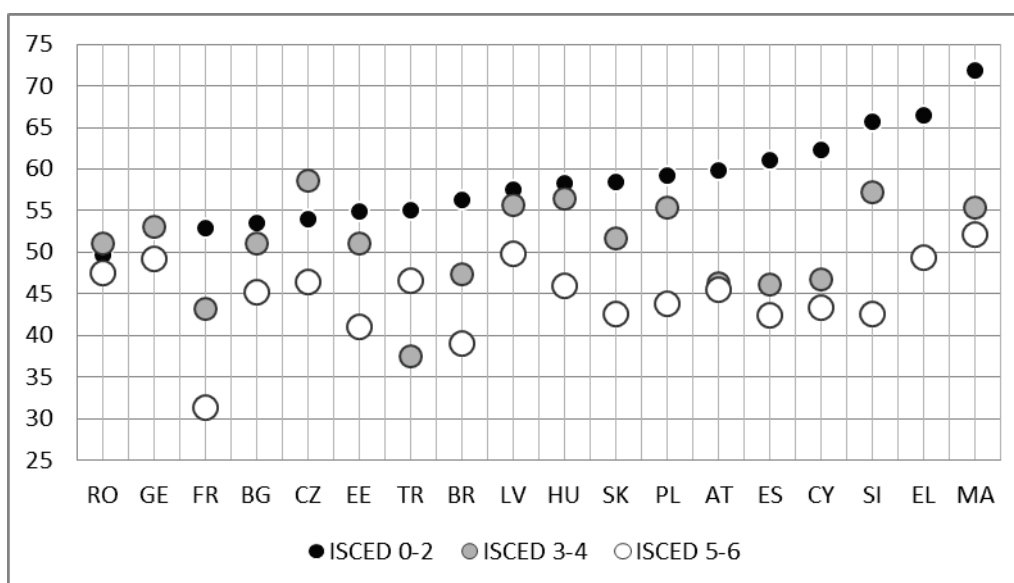
A

³ Az anyagi biztonság megteremtésére való képességet befolyásoló tényezők, egyrészt az alacsony iskolázottság, alacsony szubjektív társadalmi státusz és az alacsony jövedelem, másrészt a biztos munkahely hiánya, a végzett munka során tapasztalt kontrollhiány, a segéd- és betanított munkási státusz mutatták az egészséggel a legszorosabb viszonyt.

⁴ Valamennyi ábrán a legalacsonyabban képzettek értékei szerinti sorrendben szerepelnek az országok.

21. ábra a túlsúlyosak és elhízottak együttes arányát mutatja be:

21. ábra: Elhízottak és túlsúlyosak aránya Európában iskolázottság szerint (2008, %)



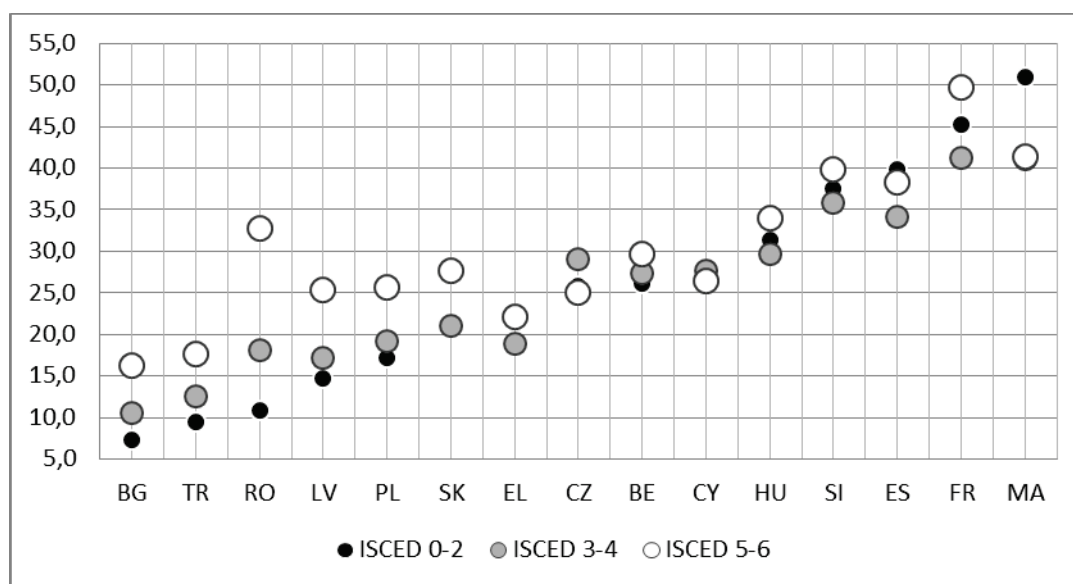
Adatok forrása: Eurostat Database [hlth_ehis_de1]

Megjegyzés: Az ISCED iskolai kategóriarendszerben a 0-2 kategóriák a legfeljebb alsó-középfokú (szakmunkás, szakiskola) képzettségűeket, a 3-4 az érettségit adó középiskolai, az 5 fölötti pedig a felsőfokú képzettséget jelöli.

A normálisnál magasabb testsúly számos krónikus betegség, így a szív- és érrendszeri betegségek, a kettes típusú diabétesz, egyes rosszindulatú daganatok, és mozgásszervi betegségek kialakulásának gyökere. Magyarország az Eurostat adatai szerint elhízottság szempontjából a vizsgált országok középmezőnyében van: a teljes lakosságnak mintegy fele elhízott vagy túlsúlyos. Az arány csak a legmagasabban képzettek között alacsonyabb, körülbelül 10 százalékponttal van az alacsonyabban képzettekre jellemző arány alatt.

A táplálkozás minősége nagy mértékben befolyásolja például az elhízás kialakulását is. Azok aránya, akik legalább naponta egyszer esznek gyümölcsöt, Magyarországon 30% körül van, az iskolázottságbeli egyenlőtlenségek e tekintetben nem kiugróak a többi országgal összehasonlítva (22. ábra):

22. ábra: Azok aránya európai országokban iskolázottság szerint, akik legalább kétszer esznek gyümölcsöt naponta (2008, %)



Adatok forrása: Eurostat Database [hlth_ehis_de7]

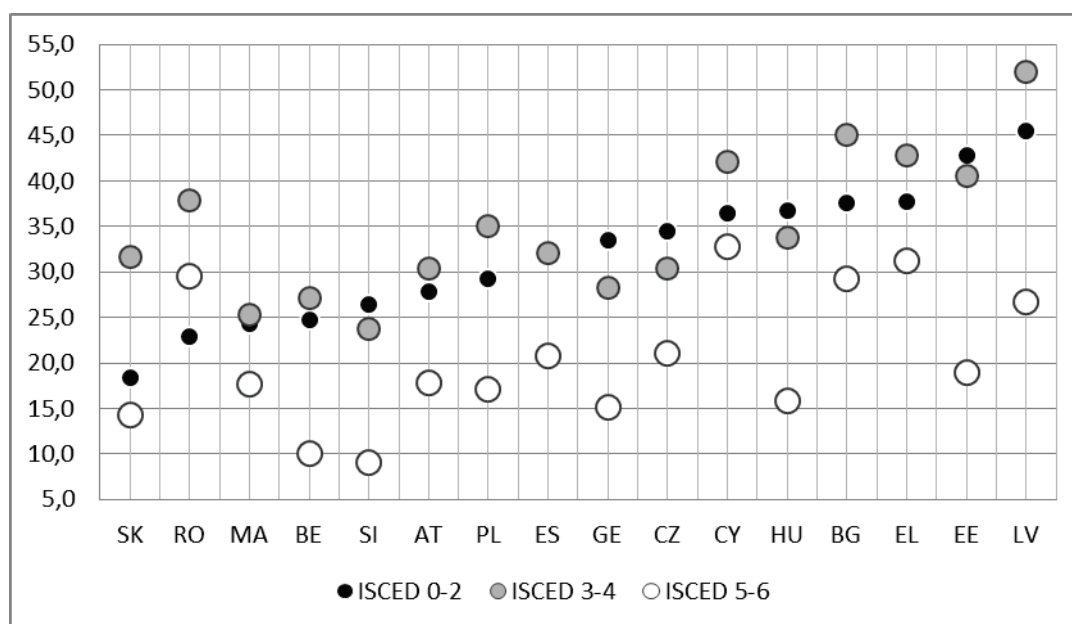
Megjegyzés: Az ISCED iskolai kategóriarendszerben a 0-2 kategóriák a legfeljebb alsó-középfokú (szakmunkás, szakiskola) képzettségűeket, a 3-4 az érettségit adó középiskolai, az 5 fölötti pedig a felsőfokú képzettséget jelöli.

Az egészséget veszélyeztető rizikófaktorok között az okozott betegségteher szempontjából kitüntetett szerepe van a különböző addikcióknak, elsősorban a dohányzásnak és az alkoholfogyasztásnak. Az elmúlt években – sajnos csak szórványos, töredékes adatok és információk alapján – ugyanakkor úgy tűnik, az úgynevezett új pszichoaktív szerek (közismertebb nevükön dizájn drogok) megjelenésével alapjaiban alakult át a droghasználók társadalma Magyarországon, és ez várhatóan az egészségi állapot, különösen pedig az egészség-egyenlőtlenségek szempontjából is új helyzetet teremt. Egyrészt jól követhető, hogy az új szerek kiszorították a „régieket”: egy 2015-ben megjelent jelentés (Csesztregi, et al., 2015, p. 29) szerint míg például a 2009-ben a tűcsere programokban résztvevő kliensek 4%-a volt „egyéb ópiát és új pszichoaktív szer”-használó, addig 2014-ben az új pszichoaktív szerhasználók már a kliensek 68%-át tették ki. Az abszolút létszámokat a jelentés nem közli, elsősorban mert azok a programok időközben történt beszűkülése miatt nem volnának mérvadók. Másrészt úgy tűnik, ezek a könnyen beszerezhető, relatíve olcsó drogok mára nagyon széles körben elterjedtek, akár az alkoholt is kiszorítva (Földes, 2015; Erdélyi, 2015).

A dohányzás mind a leggyakoribb daganatoknak, mind a szív- és érrendszeri betegségeknek kiemelten fontos rizikófaktor. A vizsgált országok közül a férfiak esetében nem kiugró a magyarországi dohányosok aránya egyik iskolázottsági csoportban sem, viszont relatíve nagyok az egyenlőtlenségek: a magasan képzett férfiak között kevesebb mint fele a dohányosok aránya az alacsonyan képzettekhez képest (

23. ábra):

23. ábra: A napi rendszerességgel dohányzók aránya iskolázottság szerint Európában (2008, %) - Férfiak

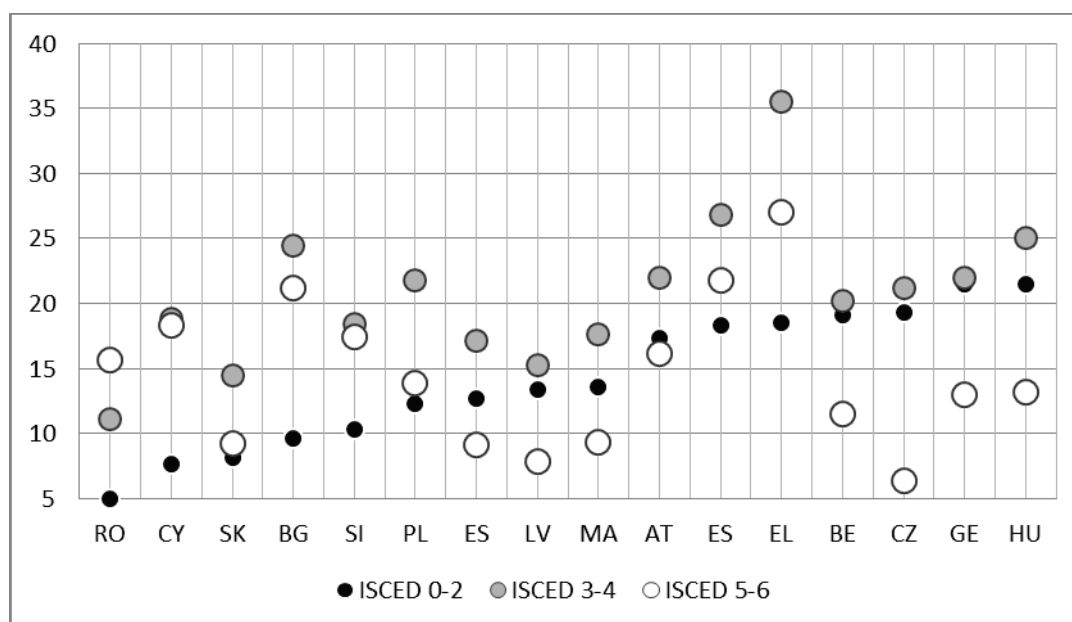


Adatok forrása: Eurostat Database [hlth_ehis_de3]

Megjegyzés: Az ISCED iskolai kategóriarendszerben a 0-2 kategóriák a legfeljebb alsó-középfokú (szakmunkás, szakiskola) képzettségűeket, a 3-4 az érettségit adó középiskolai, az 5 fölötti pedig a felsőfokú képzettséget jelöli.

A nők körében ezzel szemben Magyarországon a legmagasabb a dohányosok aránya a legalacsonyabban képzettek között (24. ábra):

24. ábra: A napi rendszerességgel dohányzók aránya iskolázottság szerint Európában (2008, %) - Nők



Adatok forrása: Eurostat Database [hlth_ehis_de3]

Megjegyzés: Az ISCED iskolai kategóriarendszerben a 0-2 kategóriák a legfeljebb alsó-középfokú (szakmunkás, szakiskola) képzettségűeket, a 3-4 az érettségit adó középiskolai, az 5 fölötti pedig a felsőfokú képzettséget jelöli.

Viszonylag sok a közepesen képzett dohányos nő is, a magasan képzettek körében viszont relatíve alacsony a dohányosok aránya. Tudván, hogy a különböző státuszú férfiak és nőket

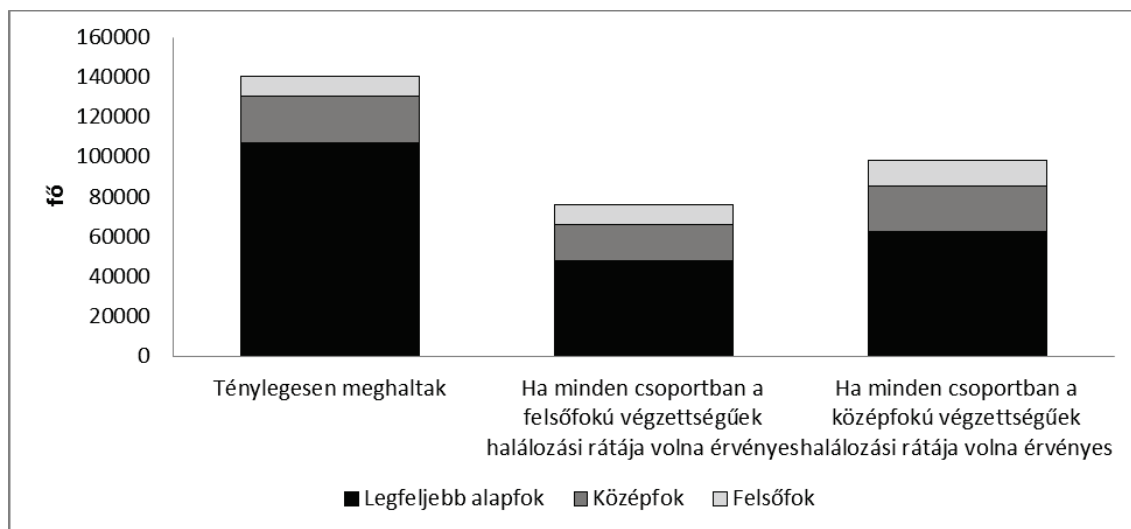
dohányzási jellemzői időben viszonylag trendszerűen változnak, feltételezhetjük, hogy Magyarországon a dohányzás már elért abba a szakaszba, amikor az alacsony státuszú nők is nagy arányban kezdenek dohányozni, ezzel párhuzamosan viszont a magas státuszú nők körében csökkenni kezd a dohányzók aránya. Később várhatóan az alacsony státuszúak körében is ismét kevesebben dohányoznak majd. Addig azonban a dohányzás nagyon egyenlőtlen társadalmi eloszlása várhatóan jelentős egészségi állapotbeli egyenlőtlenségeket generál.

Az intermedier tényezők közül több igen fontos mutató van, ami csak nagyon nehezen mérhető. Ilyen például a fizikai életkörülmények mutatója is. A Demográfiai Portré 2015-ös számában Kovács Katalin és Tóth Gergely például a 2011-es népszámlálás adatai alapján azt vizsgálták meg, milyen a szilárd tüzelőanyagot használók megoszlása iskolázottság szerint Magyarországon (Kovács & Tóth, 2015). Eredményeik szerint a kevesebb, mint 8 általánost végzettek 44, a 8 általánost végzettek 29, ellenben a felsőfokú végzettségűeknek csak 2%-a lakik olyan lakásban, ahol csak szilárd tüzelőanyaggal fűtenek. Ezzel közvetve a beltéri levegőminőségről jutottak információhoz, ami a fizikai életkörülmények egyik fontos összetevője.

1.5 AZ EGYENLŐTLENSÉGEK OKOZTA HALÁLOZÁSI VESZTESÉG

A társadalmi egyenlőtlenségek és az általuk előidézett egészség-egyenlőtlenségek miatt bekövetkező halálozási- vagy életév-veszteség jól érzékelteti, hogy az egészség-egyenlőtlenségek milyen súlyos következményekkel járnak a társadalom számára. Ebben az értelemben, figyelembe véve a társadalom megfelelő csoportjainak létszámát és halálozási rátáit, kiszámolhatjuk, hogy egy adott időpontban hány emberéletet nyerhetett volna a társadalom, ha az alacsonyabb iskolai végzettségűeknek nem volna ennyire magas a halálozása. Természetesen nem reális azt feltételezni, hogy az egyenlőtlenségek teljesen kiküszöbölhetők, de jelenlegi mértékük csökkenthető. Így a következő számok elsősorban az egyenlőtlenségeknek, a társadalom számára emberéletekben mérhető következményének a mértékét érzékeltetik. Az eredményeket az 25. ábra mutatja:

25. ábra: Az egyenlőtlenségek okozta halálozási veszteség Magyarországon



Adatok forrása: (Hablicsek 2007); 2005-re vonatkozó adatok

140 ezer helyett az első esetben „csak” 76, a második esetben pedig 98 ezer ember halt volna meg 2005-ben. Ez az óriási különbség nem csak népesedési, de gazdasági, munkaerőpiaci szempontból is beláthatatlanul jelentős mértékű. Ha a halálozás ezen csökkenése együtt járna az egészségi állapot más mutatók szerint vett javulásával, az állóképesség, teherbírás, vitalitás emelkedésével, az valóban nemzetgazdasági szintű következményekkel járna.

2. A MAGYAR TÁRSADALOM SZERKEZETE: TÁRSADALMI- GAZDASÁGI ÉS TERÜLETI EGYENLŐTLENSÉGEK ÉS ALAKULÁSUK AZ ELMÚLT KÉT ÉVTIZEDBEN⁵

A fejezetben az iskolázottsági, foglalkoztatási és szakmastruktúrát érintő, és az ezekkel szorosan összefüggő jövedelmi-vagyoni viszonyok alakulását, vagyis az egészségi állapotot közvetlenül meghatározó jelenségek háttérében álló tényezőket, az „okok okait” mutatom be röviden. Lehetőség szerint kitérek arra is, hogyan hatnak az egyes társadalmi-gazdasági státusztényezők az egészségi állapotot közvetlenül meghatározó, a társadalmi státusz hatásait „közvetítő” tényezőkre – a fizikai, szociális és pszichés környezetre illetve a viselkedésre, valamint milyen összefüggésben vannak az egészségügyi rendszer igénybevételével.

Mindenhol utalok röviden arra is, hogy az éppen tárgyalt társadalmi körülmény milyen csatornákon keresztül van, illetve lehet hatással az egészségi állapot alakulására. Az iskolázottság, a foglalkozás és a jövedelem meglehetősen koherens egységet alkot, ezért viszonylag ritkák azok az empirikus kutatások, amelyek a három tényező egészséghatását külön vizsgálnák. A legtöbb helyen emiatt leginkább elméletileg feltételezhető, belátható összefüggéseket mutatnak be. A három jellemző által meghatározott státusz és az ahhoz kötődő egyéb jellegzetességek egészséghatása ugyanakkor bőségesen dokumentált. Tudjuk, hogy az alacsonyan iskolázott, rossz munkaerő-piaci pozíciójú (munkanélküli, inaktív, vagy nagyon rossz minőségű munkát végző), és alacsony jövedelmű emberek sokkal nagyobb valószínűséggel élnek rossz fizikai és társas körülmények között, hogy körükben az egészségkárosító magatartás gyakoribb, hogy az egészséggel és az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos ismereteik és eligazodási képességük rosszabbak, és így tovább.

2.1 ISKOLÁZOTTSÁG

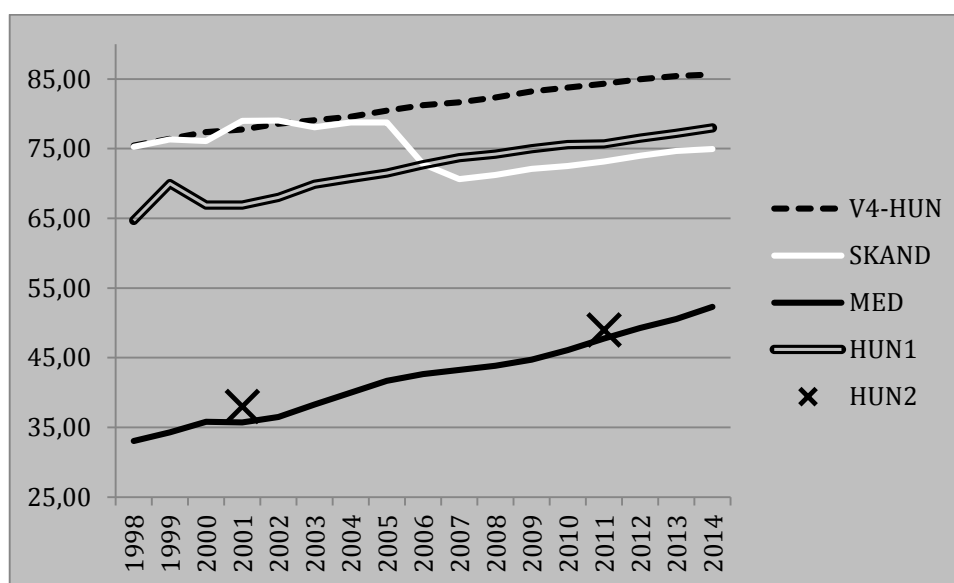
2.1.1 AZ ISKOLÁZOTTSÁG TRENDJEI

A rendszerváltás óta eltelt időszakban a magyar népesség átlagos iskolázottsága folyamatosan emelkedik: az alacsonyan képzettek arányának csökkenése, a magasan képzettek arányának növekedése jellemző (Kolosi & Keller, 2011). Szem előtt kell tartani ugyanakkor, hogy mennyire feleltethetők meg egymásnak a különböző országokban elterjedt képzési formák illetve az iskolázottság mérésére használt kategóriák. Kertesi és

⁵ A fejezet részben a WHO által támogatott, az Egészség-egyenlőtlenségek Társadalmi Meghatározói Munkacsoport által készített, „Az egészség-egyenlőtlenségek és az egészség társadalmi meghatározói Magyarországon” című jelentés (Orosz & Kollányi, megjelenés alatt) 2. fejezetére, és az annak háttér tanulmányául szolgáló, „Az egészség-egyenlőtlenségek társadalmi kontextusa” című (Kollányi, megjelenés alatt) elemzésen alapul.

Varga (2005) például amellett érvelnek, hogy a szokásokkal szemben a négy évnél rövidebb magyar szakmunkás- illetve szakiskolai képzést nem „felső középiskolai”, hanem az alsó középiskolai, vagy a középiskolainál alacsonyabb képzettségnek kéne tekinteni. Ezt egyrészt az oktatásban töltött évek száma indokolná, másrészt pedig az ezen végzettségekkel rendelkező csoportok munkaerőpiaci teljesítménye, ugyanis mindkettő inkább felel meg az alacsonyabb képzettségi csoport jellemzőinek a nyugat-európai adatokhoz, gyakorlathoz mérve. A két legutóbbi népszámlálás eredményei és Kertesi és Varga (2005) megfontolásai alapján a legalább érettségizetteket tekintve felső-középfokú végzettségűnek, 2011-ben az európai viszonylatban magas 76 százalék helyett csak 49 százalék volt a legalább felső-középiskolai végzettségűek aránya⁶ (26. ábra):

26. ábra: A legalább felső-középfokú végzettséggel rendelkezők aránya az EU néhány országcsoportjában és Magyarországon



Adatok forrása: Eurostat [edat_lfse_08], KSH 2011-es Népszámlálás, demográfiai táblák: http://www.ksh.hu/nepszamlalas/tablak_demografia

Megjegyzések: A V4-HUN adatsor Lengyelország, Csehország és Szlovákia súlyozatlan átlaga; a SKAND adatsor Svédország, Norvégia és Dánia súlyozatlan átlaga; a MED adatsor Spanyolország, Portugália és Olaszország súlyozatlan átlaga. Ezek és a HUN1 adatsor azoknak az arányát jelöli a 15-64 év közötti népességben, akik az Eurostat ISCED11 3-as és annál magasabb iskolázottsági kategóriájába esőket jelöli, a HUN2 adatsor két pontja a 2001-es és 2011-es népszámláláskor a legalább érettségizettek arányát a 15 év feletti népességben.

Meg kell jegyezni hogy a többi V4-ország magas iskolázottsági arányait ugyanazon okokból, amiért a magyart is, fenntartással kell kezelni. Másrészt, az adatok nem adtak lehetőséget ugyanazon életkori csoportok összehasonlítására; a magyar adatok, lévén a 64 év felettiiek átlagosan kevésbé iskolázott csoportját is figyelembe veszik, lefelé torzítanak.

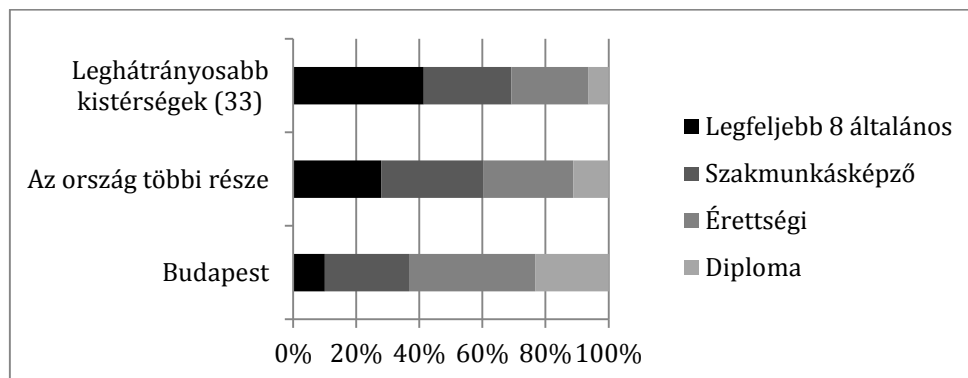
A népszámlálások adatai alapján azoknak az aránya, akik az általános iskolát elvégzik, de érettségit nem szereznek, 1980 óta kicsit nőtt: akkor 42,7% volt, majd 1990-ben, 2001-ben és 2011-ben 48,9, 50,6, és 46,1 százalék, a megfelelő sorrendben. Mindezek alapján arra következtethetünk, hogy ahelyett, hogy a legszegényebb, legrosszabbul iskolázott, és leggyengébb munkaerőpiaci pozícióban levő társadalmi rétegnek javulnának az esélyei, ők – ha valamiben – alacsony minőségű oktatásban vesznek részt. Ez egyrészt a munkaerőpiac számára javarészt értéktelen képzettségekben, másrészt abban érhető

⁶ Hasonló probléma a többi V4 országgal kapcsolatban is felmerülhet, de ide vonatkozó hasonló, alapos elemzés nem áll rendelkezésemre.

tetten, hogy nem sajátítják el a munkaerőpiac változó körülményeihez és követelményeihez való alkalmazkodás képességét (Hárs, 2012, p. 168), ami összességében a tartós munkanélküliség újratermelődését eredményezi.

A kifejezetten rossz helyzetű térségeket összevetve az ország többi részével az iskolázottság drámai, és a fenti említett javulást jeleit nem mutató különbségeit találjuk – míg a budapestieknek 10, a leghátrányosabb helyzetű kistérségek lakosainak több, mint 40 százaléka nem rendelkezik a 8 általánosnál magasabb végzettséggel (27. ábra):

27. ábra: Az iskolázottság területi egyenlőtlenségei



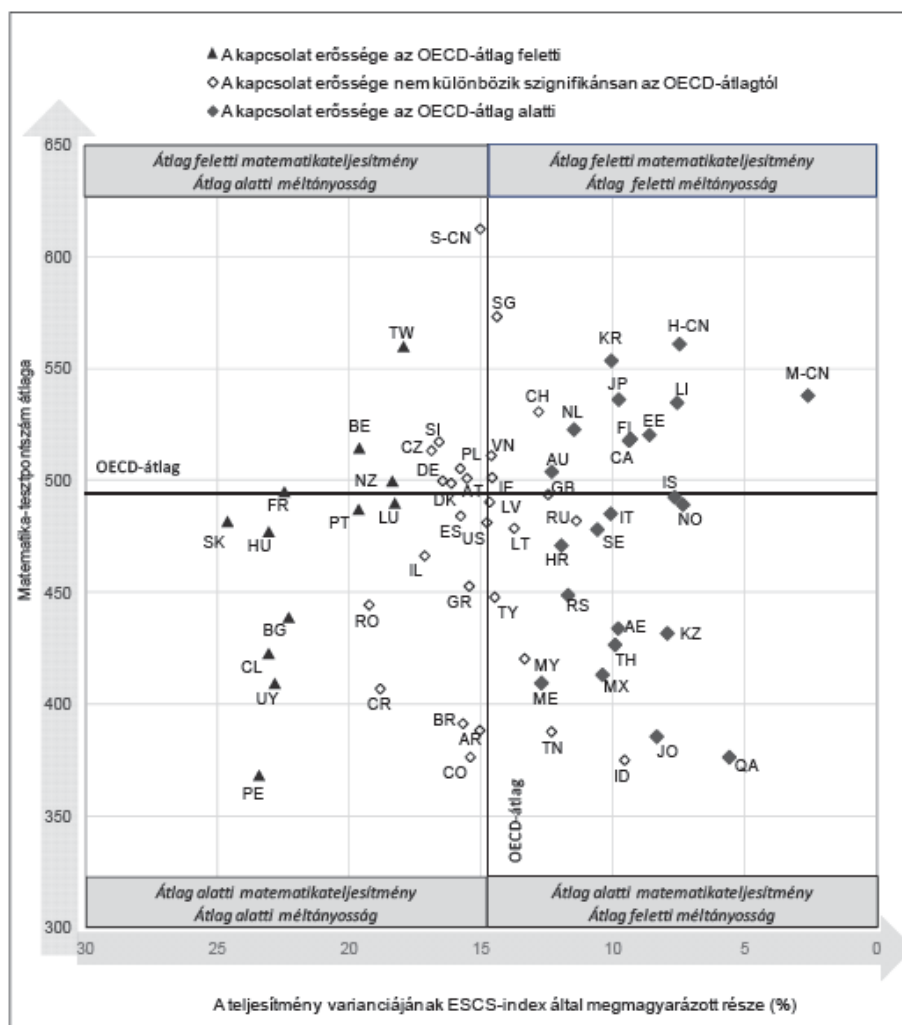
Adatok forrása: (Tausz & Simon, 2011)

2.1.2 AZ OKTATÁS MINŐSÉGE

A Magyarországon először a 2000-es években felvett PISA-felmérés felhívta a figyelmet a magyar közoktatás nemzetközi viszonylatban ritka és súlyos diszfunkciójára: arra, hogy Magyarországon kiemelkedően nagy mértékben magyarázza a családi háttér az iskolai teljesítmény különbségeit. A

28. ábra a matematikai teljesítmény és a szociális helyzet közötti összefüggést mutatja:

28. ábra: Tanulói teljesítmények és méltányosság – a szocio-ökonomiai státusz és a teljesítmény közötti kapcsolat erőssége, 2012



Forrás: (Csapó, et al., 2014)

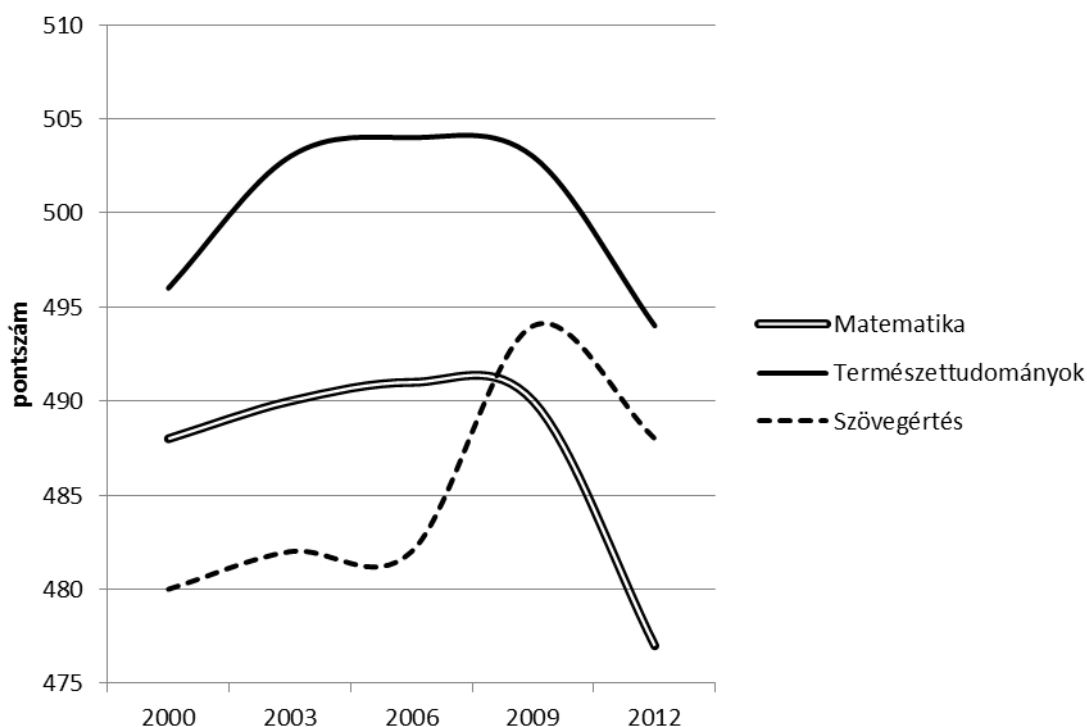
A

28. ábra alapján míg Magyarországon a matematikatudás kicsivel az OECD átlaga alatti (a függőleges tengely mentén az átlagot jelző egyenes közelében helyezkedik el), addig a családi háttér sokkal nagyobb mértékben befolyásol, vagyis a matematikatudás szórásának sokkal nagyobb hányadát magyarázza, mint a legtöbb OECD-országban. Vagyis az alacsonyabb társadalmi státusú szülők gyerekeinek a más országokban tapasztalhatónál rosszabbak az eredményei, a magasabb státusúakénak pedig jobbak, ami azt jelenti, hogy míg másutt az iskola kompenzálja a családi háttér hatását, Magyarországon (és a többi, az ábrán hasonló pozícióban látható országban) ez sokkal kisebb mértékben van így.

Az iskolákon belüli és iskolák közötti különbségek vizsgálatának alakulása megmutatja, hogy az iskolarendszer ezen diszfunkciójának elsődleges oka a tanulók erőteljes iskolák közötti elkülönítése a családi háttér szerint: míg iskola és iskola között jelentősek a különbségek aszerint, hogy milyen családi háttérű tanulók járnak oda, az egyes iskolák diákpopulációja származása szerint lényegesen homogénebb. Más szóval: a magyar iskolarendszer nem befogadó, hanem szegregál – az OECD-n belül csak Thaiföld, Uruguay és Mexikó iskolarendszerénél kisebb mértékben.

A PISA-felméréssel kapcsolatban Magyarországon mégsem ez, hanem az oktatási rendszerben megszerezhető kompetenciákkal kapcsolatos problémák kaptak nagyobb nyilvánosságot. Ezt illetően a 2000-es évek közepén enyhe javulás kezdődött, de ez nem bizonyult hosszú távú trendnek, a 2012-es eredmények jelentős romlást mutatnak különösen a matematika és a természettudományok terén:

29. ábra: Öt hullám magyar PISA-eredményei



Forrás: Balázs et al. (2007), (2010) (2013)

Megjegyzés: Az OECD átlaga valamennyi évben és valamennyi témakörben 500 pont körül mozog.

Az átlagok változásánál lényegesen nagyobb probléma ugyanakkor, hogy 2012-ben matematikából a vizsgálatban résztvevő magyar fiatalok 28,1%-a, szövegértésből pedig a 19%-a a hatból a második „képesesszintet” sem érte el.

A mindennek a háttérében álló szakpolitikákat a 3.3. fejezetben mutatom be részletesebben.

2.1.3 AZ ISKOLÁZOTTSÁG MINT AZ „OKOK OKA”

Az iskolázottság egyrészt közvetetten, mint a társadalmi státusz „kiindulópontja” hat nagy mértékben az egészségi állapotra. A magasabb iskolázottság jobb munkaerőpiaci pozíciót, ezen keresztül magasabb jövedelmet és jobb életkörülményeket biztosít, mindez pedig nagy mértékben hat az egészségi állapotot meghatározó közvetlen tényezőkre (lásd pl. (Ross & Wu, 1995)). Másrészt a közvetlen hatás érvényesülése is valószínű. A magasabb iskolai végzettségűek nagy valószínűséggel több információval rendelkeznek az egészségre, egészségmegőrzésre vonatkozóan, ezért egészségüket jobban szolgáló döntéseket tudnak hozni életmódjukkal, táplálkozásukkal, egészségkárosító szokásaikkal kapcsolatban (Cutler & Lleras-Muney, 2006). Környezetük is nagyobb mértékben támogatja őket ebben direkt vagy közvetett módon, például szocializációs mintákon keresztül. Összefügg ezzel, hogy az iskolázottabbak sokszor stabilabb családi háttérrel, pszichoszociális szempontból is jelentősebb erőforrást jelentő szociális környezettel rendelkeznek, és a saját képességeik is jobbak például a stresszel való megküzdésre (Ross & Wu, 1995). Az iskolázottsággal általában együtt jár az időpreferencia változása: az iskolázottabbak nagyobb mértékben képesek a jelenbeli előnyöket a jövőbeliekért feláldozni, ami szintén valószínűbbé teszi az egészségi állapot szempontjából jobb döntések meghozatalát. Az okság iránya ugyanakkor ebből a szempontból nem egyértelmű: a nem-hedonista habitus maga is elősegíti az iskolázottság növekedését. Az iskolázottsági szint az egészségügyi rendszer egyénekre gyakorolt hatását is befolyásolja (White, et al., 2009). Egyrészt, holott sokkal inkább az iskolázatlanokat kéne célozniuk, az egészséges életmódot népszerűsítő kampányok jobban elérik az iskolázottabb rétegeket: az ő nyelvükön szólnak, az általuk ismert kultúrára, az őket motiváló faktorokra építenek, hiszen a kampányok készítői jellemzően maguk is magasabban iskolázottak. Az iskolázottabbak emellett feltételezhetően nagyobb, az egészségügyi rendszerben való „érvényesüléshez” szükséges önérdék-érvényesítő képességgel, kommunikációs készséggel és tájékozottsággal bírnak, valamint – lévén „hasznosabbak” hozzájuk – nekik kevésbé kell megküzdniük az orvosok, egészségügyi szakdolgozók attitűdjeivel, ami szintén az ellátáshoz való jobb hozzáférést eredményezheti. Ugyancsak valószínűsíthető, hogy a magasabb iskolázottságúak esetében ugyanazok az egészségügyi beavatkozások jobban hasznosulnak, mert ők – szintén jobb informáltságuk révén – megérteni és betartani is jobban tudják a gyógyulást segítő előírásokat. Mindezek mellett, illetve következtében egészségmagatartás is különbözik iskolázottság szerint: a dohányzás és az elhízás például gyakoribb, illetve intenzívebb az alacsonyabban iskolázottak körében (Mackenbach, et al., 2008), (OECD, 2011a). Ki kell emelni az anyák iskolázottságát, mint ami a fenti módokon a gyermek egészségi állapotát a fogantatástól kezdve jelentősen befolyásolja, először közvetlenül, később egyre inkább a szocializáció révén is.

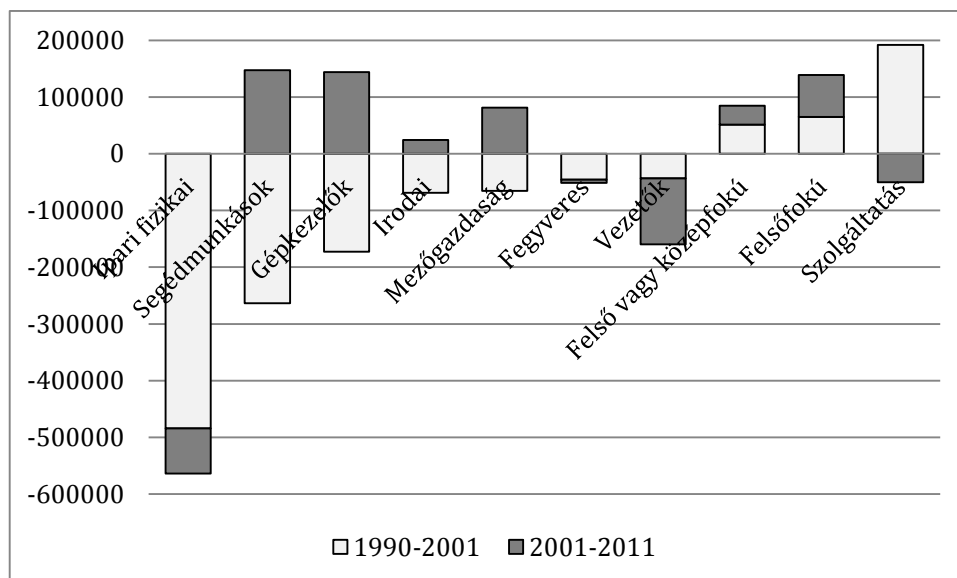
2.2 FOGLALKOZTATÁS ÉS SZAKMASTRUKTÚRA

2.2.1 MAKROTRENDEK

A rendszerváltást követő, a társadalmat alapjaiban megrázó gazdasági átalakulás első, a lakosság számára is érzékelhető változása a foglalkoztatás zuhanásszerű csökkenése volt. A szocialista nagyipar és mezőgazdaság, illetve az arra épülő háttérparok összeomlásával, a szocializmusra jellemző foglalkoztatási kultúra, a kapun belüli munkanélküliség és az alacsony hatékonyságú munkahelyek felszámolásával szinte egyik napról a másikra megszűnt a munkahelyek egynegyede. Ez a nagyon nagy arányú veszteség nem egyenletesen oszlott el a munkavállalók között: elsősorban a nagyon alacsony képzettséggel és képességekkel is elvégezhető munkák szűntek meg, vagyis az átalakulás a gyengébb pozíciójú, iskolázatlan, idős, roma, a mai válság régiókban élő és dolgozó munkavállalókat (amely csoportok egymással jelentős átfedésben is voltak) sújtotta elsősorban. Mivel szintén szocialista örökségként a kisvállalkozások, amelyek például Nyugat-Európa országában ezt az alacsonyan képzett réteget hagyományosan foglalkoztatják (Scharle, 2012), Magyarországon gyakorlatilag hiányoznak, ezek az emberek jelentős át- illetve továbbképzés nélkül foglalkoztathatatlanokká váltak⁷.

A szakmastruktúra ennek megfelelően eltolódott felfelé (30. ábra): szélesedett a magasabb, és szűkült az alacsonyabb beosztásúak rétege, miközben jelentősen átrendeződött a teljes szerkezet, egész szakmacsoportok tűntek szinte el (jellemzően az alacsonyabb státuszt jelentő szakmák), mások pedig jelentősen feldúsultak létszámban (Rimler, 2004).

30. ábra: A szakmastruktúra átalakulása 1990 és 2011 között: az egyes szakmacsoportokba tartozó foglalkoztatottak létszámának változása



Adatok forrása: KSH Népszámlálás 2001,
<http://www.nepszamlalas2001.hu/hun/kotetek/07/tablak01.html>,
http://www.ksh.hu/nepszamlalas/docs/tablak/foglalkoztatasi/08_01_02_06.xls

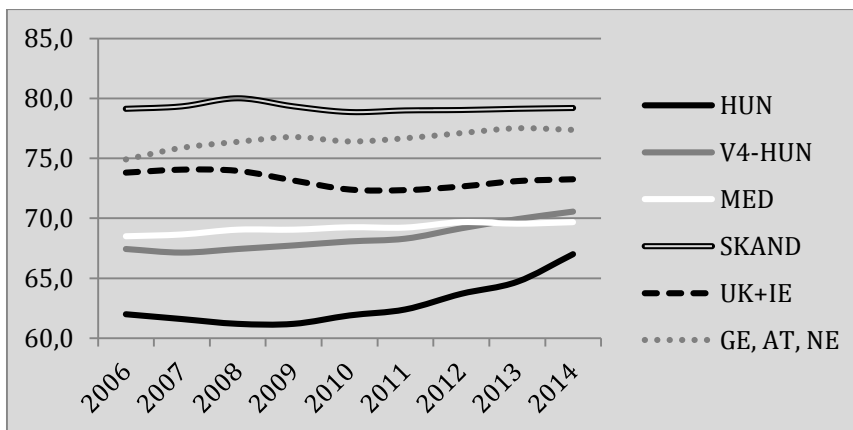
⁷ Erre a kérdésre 3., a közpolitikákat elemző fejezetben részletesen visszatérek.

A foglalkoztatás szerkezetére nézve máig meghatározó a rendszerváltáskor kialakított, nem hosszú távú célokat szolgáló, hanem a társadalmat ért sokkot pillanatnyilag tompítani képes struktúra, melynek bemutatására a közpolitikákat taglaló 3. fejezetben részletesen kitérek. A probléma lényege röviden, hogy az állam ahelyett, hogy a munkanélkülivé váló tömegek esetében a differenciált, aktív alkalmazkodást segítette volna elő, a munkaerőpiacról a – jellemzően valamilyen állami ellátással finanszírozott – inaktivitásba vezető utakat nyitott meg (korkedvezményes nyugdíjba vonulás, könnyen „megszerezhető” rokkantnyugdíj, hosszú ideig finanszírozott munkanélküiség), illetve hagyott nyitva (pl. hosszú ideig finanszírozott gyereknevelés). Ha a közfoglalkoztatásban alkalmazottakat nem számoljuk, a magyar aktivitási ráta továbbra is minden viszonyítási ponthoz mérten nagyon alacsony. A rokkantnyugdíj rendszerének átalakítására végül 2008-ban került csak sor (Policy Agenda, 2011): az új szabályozás a munkaképes állapotú ellátottak munkaerőpiaci visszatérését célozta, és ennek nyomán csökkenni kezdett a rokkantnyugdíjasok száma, és az aktív korúakhoz viszonyított aránya is.

A 25 évvel ezelőtti munkaerő-politikai hibák jelentősége szempontunkból azért is különösen nagy, mert azok egészséghatásai most „aktiválódnak”. Az akkori 30, 40, 50 évesek most töltik, vagy töltenék be az 55, 65, 75 évüket, vagyis azoknak a rosszabb egészségi állapota, akik közülük tartósan a munkaerőpiacon kívülre szorultak és az állástalanság, az ezzel járó létbizonytalanság, vagy az élethelyzet bármely jellemzője aláásta az egészségét, a mostani morbiditási és mortalitási statisztikákban jelenik meg.

Az európai országokhoz viszonyítva alacsony az aktivitási (31. ábra) és a foglalkoztatási ráta (32. ábra) Magyarországon: az aktivitás a bemutatott országcsoportokban mindenhol magasabb, a foglalkoztatás pedig csak a mediterrán országok körében alacsonyabb

31. ábra: Aktivitási ráta az EU különböző országcsoportjaiban és Magyarországon



Adatok forrása: Eurostat [lfsi_act_a]

Megjegyzések:

HUN – Magyarország

V4-HUN: Csehország, Lengyelország és Szlovákia átlaga

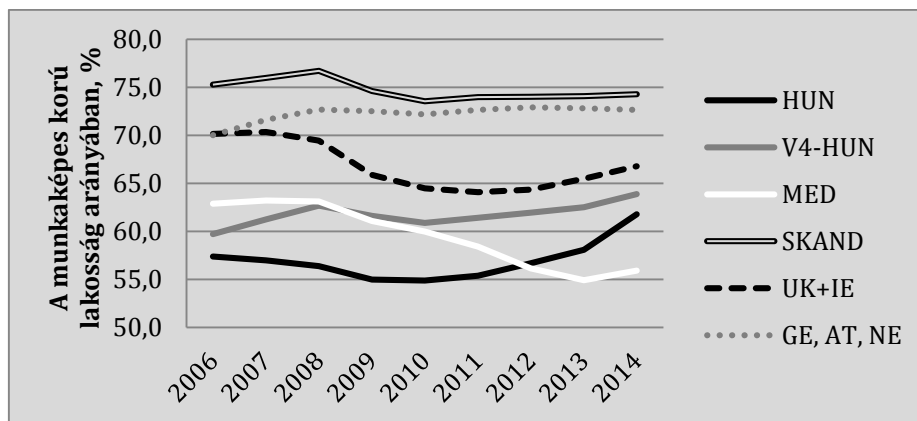
MED: Görögország, Spanyolország, Portugália és Olaszország átlaga

SKAND: Dánia, Norvégia és Svédország átlaga

UK+IE: az Egyesült Királyság és Írország átlaga

GE, AT, NE: Németország, Ausztria és Hollandia átlaga

32. ábra: Foglalkoztatási ráta az EU különböző országcsoportjaiban és Magyarországon



Adatok forrása: Eurostat [lfsi_emp_a]

Megjegyzések:

HUN – Magyarország

V4-HUN: Csehország, Lengyelország és Szlovákia átlaga

MED: Görögország, Spanyolország, Portugália és Olaszország átlaga

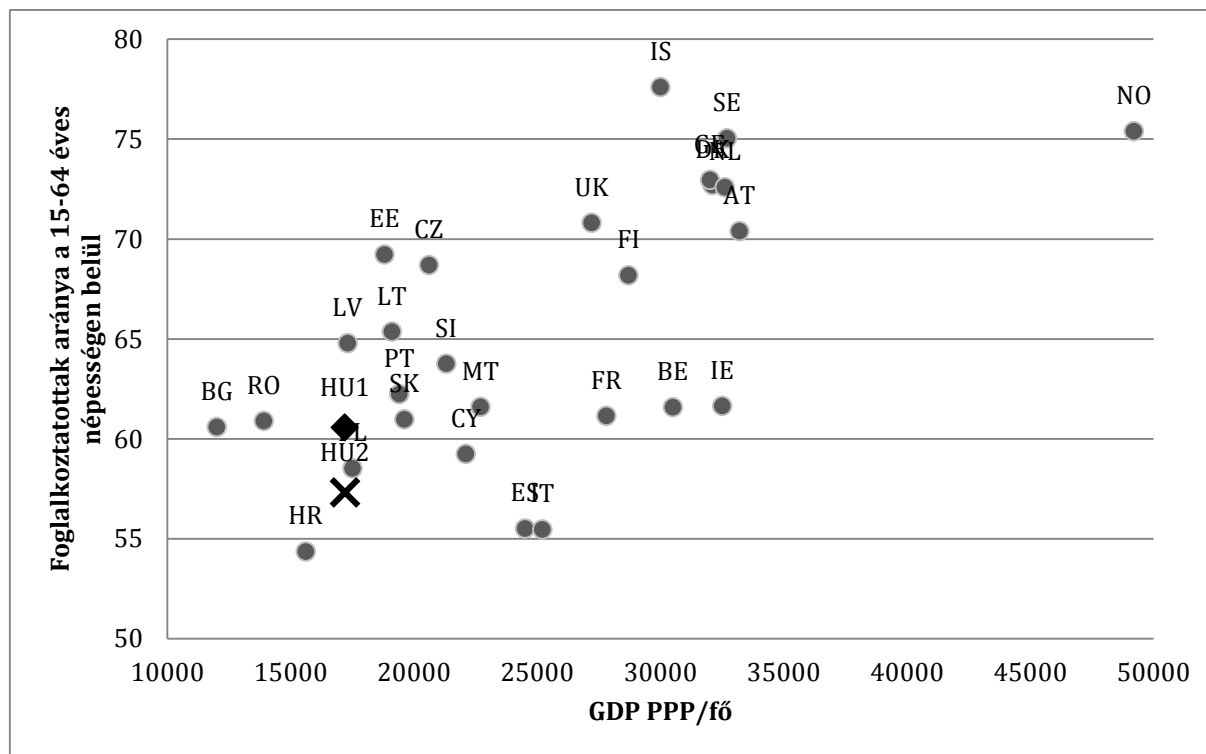
SKAND: Dánia, Norvégia és Svédország átlaga

UK+IE: az Egyesült Királyság és Írország átlaga

GE, AT, NE: Németország, Ausztria és Hollandia átlaga

Ha a foglalkoztatási arány kalkulációjánál sem a nevezőben, sem a számlálóban nem vesszük figyelembe azok számát, akik külföldön dolgoznak (kb. 100 000 ember, (KSH, 2015)), és ugyancsak nem vesszük figyelembe a számlálóban azokat, akik közmunkában foglalkoztatottak (kb. 175 000 ember, (MNB, 2013)), a 2014-es foglalkoztatási arány sokkal alacsonyabban alakul (33. ábra)

33. ábra: A foglalkoztatottak aránya az aktív korú népességben a PPP-ben mért GDP-hez viszonyítva



Adatok forrása: Eurostat [demo_pjanbroad], [lfsi_emp_a], [nama_aux_gph]

Az országrövidítéseket ld. a függelékben. A HU1 pont jelöli a hivatalos, a HU2 a módosított magyar adatot.

Még nagyobb probléma, hogy az alacsony átlag háttérben bizonyos társadalmi csoportoknak a munkaerőpiacról való kiszorulása áll – az idősek, az alacsonyan képzettek, a romák⁸ körében kirívóan alacsony a foglalkoztatás: Magyarországon az idősebb és az alacsonyabban képzett, érettségivel nem rendelkező munkavállalók foglalkoztatása az OECD adatai szerint a legalacsonyabbak közé tartozik Európában. Ha az alacsonyan képzettek alacsony szintű foglalkoztatása – ami, mint a többi ország példáján láthatjuk, korántsem szükségszerű – mellé odahelyezzük az iskolai teljesítménynek az előző alfejezetben bemutatott nagy mértékű függését a családi háttértől, a tartós munkanélküliség, a szegénység, és végső soron a társadalmi egyenlőtlenségek legfontosabb átörökítési mechanizmusának képe rajzolódik ki előttünk.

Szem előtt kell tartani ugyanakkor, hogy egyrészt a társadalom ezen jellemzőjét nagy mértékben befolyásolja a gazdasági intézményrendszer, a munkaerőpiaci kultúra jellegzetességei. Másrészt, a munkanélküliség definíciójából következőleg azok, akik hosszas álláskeresést követően a kudarcok, a sikertelen álláskeresés “elsüllyedtnek” tűnő költségei, az időközben megromlott egészségük vagy más ok miatt feladják elhelyezkedési szándékukat, már nem számítanak bele a hosszú távú munkanélküliek létszámba. Hogy ez az “elbátortalanodás” mikor következik be, azt pedig nagyban befolyásolhatják az adott munkaerőpiac jellemzői. Magyarországon 2014-ben az aktív populáció 3,9 százaléka, összesen kb. 175 000 ember volt ilyen “elbátortalanodott” állástalan, vagyis olyan, aki bár elvben el tudna helyezkedni, de nem keres aktívan munkát (OECD.Stat, LFS – Discouraged Workers Dataset). Számuk a gazdasági válság következtében jelentősen megugrott, és 2014 volt az első év, amikor csökkent – félő, hogy csak a közmunkába kényszerítés, nem pedig a helyzet pozitív megoldása miatt.

A hosszú távú munkanélküliség egészséghatásai számos kutatás szerint igen súlyosak lehetnek, úgy a jövedelmi mint a pszichoszociális hatások révén. (Nichols, et al., 2013)

A munkaerőpiacról hosszú ideje kiszorult mélyszegénységben élőkkel kapcsolatban elterjedt nézet, hogy a „dologtalanságot” mintaként adják tovább gyerekeiknek, hiszen már a tizededik generáció nő fel úgy, hogy nem lát a családban dolgozni senkit. Valójában ez csak a bejelentett munkára igaz – attól eltekintve a mélyszegény családok túlnyomó többségének tagjai nagyon is végeznek munkát. Egy 2008-2009-ben végzett kutatás során Magyarország két „valamikori szocialista nagyvárosában”, ahol a szegénység nagy, munka pedig alig van, végeztek felmérést a szegények megélhetési stratégiáit illetően (Messing & Molnár, 2011). Az interjúk tanúsága szerint a piaci munkák messze vannak: a szegények egy – „szerencsésebb” – része napi ingázóként vagy „hetelőként” jut lehetőséghez dolgozni. Létszámban jelentős a közmunka aránya, a kutatók tapasztalatai szerint – ami egybecseng a jelen tanulmányban máshol bemutatottakkal – azonban a munkanélküli-ellátórendszer ma már szinte kizárólagosan domináló eszköze egyrészt nagyon sok visszaélésre ad lehetőséget, másrészt inkább kiszorít munkaerőt az elsődleges munkaerőpiacról, mint visszajuttat oda. A közmunka kiterjedésével a korábbi viszonyok átrendeződnek, az alkalmi illetve „feketén” végezhető tevékenységek lehetősége beszűkül. Az azonban egyértelmű, hogy van a foglalkoztatásnak és általában a megélhetésnek egy olyan, kvantitatív adatfelvételek számára könnyen a láthatatlanságban maradó arca, ami ezeknek a relatíve elzárt, forrásszegény területeknek

⁸ A reprezentatív romafelvételek adatai szerint 2003-ban a roma férfiak 38, míg a roma nők 20 százaléka volt csak foglalkoztatott (Kertesi, 2005).

a lakosai számára a mindennapok realitásához sokkal közelebb áll, mint a „hivatalos” munkaerőpiac talán távolról is látható, de helyben értelmezhetetlen, elvont intézménye.

2.2.2 MUNKAERŐPIACI STÁTUSZ MINT AZ ”OKOK OKA”

Az egyén munkaerőpiaci státusa az egészségi állapotot közvetlenül meghatározó okok közül többre jelentős hatással van, a foglalkoztatottsággal szorosan összefüggő jövedelmi viszonyokon keresztül, közvetett hatás mellett is. A témában végzett kutatások általában szoros korrelációt mutatnak a munkanélküliség és a fizikai vagy mentális egészségi állapot romlása között, amely annál erősebb, minél tartósabb a munkanélküli állapot (Catalano, et al., 2011), (Milner, et al., 2013), (McKee-Ryan, et al., 2005). A munkanélküli állapot egészséget romboló hatásának gyökere a bizonytalanság, kiszolgáltatottság, értéktelenség érzetének keveréke, ami már egészen rövid idő alatt komoly mentális, majd fizikális egészségromlást eredményezhet. A munkanélküliség pusztá ténye mellett ugyanakkor az élet ritmusának felborulása, a társas kapcsolatok beszűkülése is jelentős negatív hatással bírhat. A 2008-ban kezdődött pénzügyi világválság idején munkanélkülivé váltak egészségi állapotának alakulását vizsgáló tanulmány szerint (Huijts, et al., 2015) mindkét nem esetében egyértelmű a munkanélkülivé válás egészségromboló hatása az eredeti egészségi állapotot rögzítve is, és ennek a hatásnak csak egyharmadát magyarázza az anyagi források csökkenése.

A magyar (és más, a régióban található országokbeli) férfiak egészségi állapotával kapcsolatban felmerülő közép-kelet európai egészség-paradoxon jelensége, vagyis az, hogy egyrészt a lakosság általános egészségi állapota rosszabb, mint amit a javuló életkörülmények indokolnának, másrészt pedig hogy ez különösen igaz a férfiakra, akik körében nagyon magas az idő előtti halálozás aránya, ugyanakkor szoros, és feltételezhetően oksági kapcsolatban van a foglalkoztatási viszonyok alakulásával (Uzzoli, 2008).

2.3 JÖVEDELEM, VAGYON

2.3.1 EGYENLŐTLENSÉGEK

A rendszerváltáskor a foglalkoztatás mellett a jövedelmi-vagyoni viszonyokban és ezzel együtt a társadalom szerkezetében is gyökeres átalakulás kezdődött: a korábban kifejezetten kis mértékű jövedelmi egyenlőtlenségek növekedni kezdtek, a társadalom különböző rétegei elkezdtek távolodni, egyes csoportokat illetően akár elszakadni egymástól. Vannak akik szerint az egyenlőtlenségeknek ez a hirtelen, és az érintettek számára váratlanul bekövetkezett elszabadulása az oka annak, hogy ma is nagyon rossznak érzékeljük saját anyagi helyzetünket, illetve nagynak a szegénységet, egyenlőtlenséget az országban (Scharle, 2012). Az Eurobarometer 2015 tavaszi adatai szerint a magyar megkérdezettek 47 százaléka tartja saját háztartása anyagi helyzetét

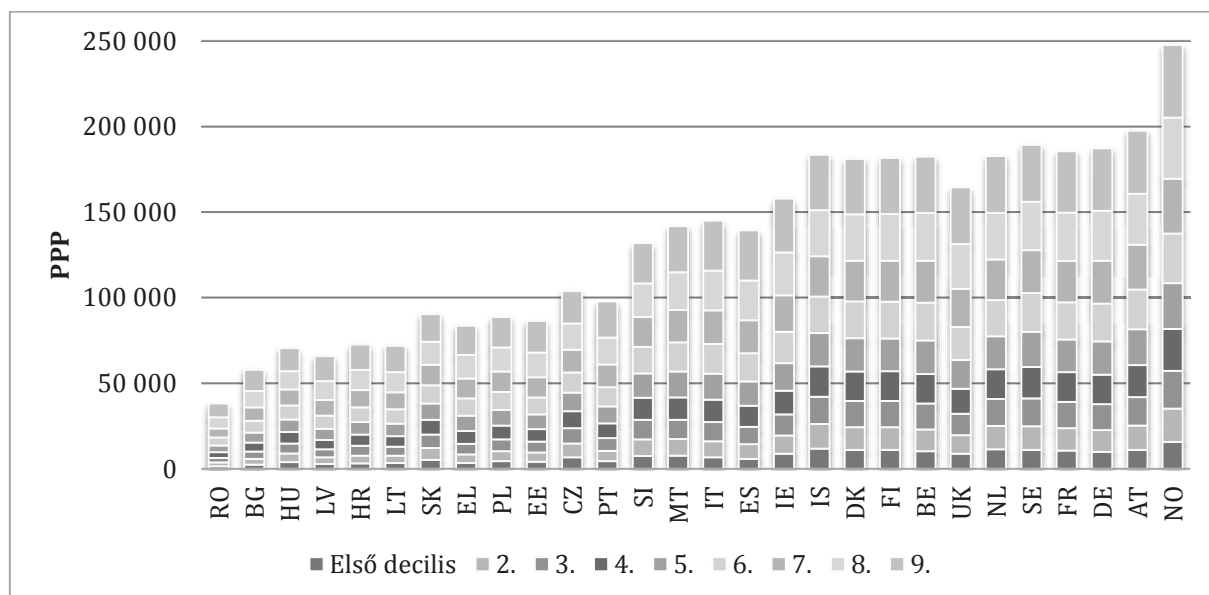
jónak, szemben az EU28 68 százalékos, vagy például Románia 55, Szlovákia 54, vagy Lengyelország 62 százalékos arányával (European Commission, 2015)

Magyarország a nemzetközileg elismert, jellemzően relatív, vagyis a jövedelem népességen belüli eloszlására vonatkozó szegénység- és egyenlőtlenség-indikátorok szerint még az EU – világviszonylatban inkább egyenlő mint egyenlőtlen – társadalmi között is az egyenlőbbek közé tartozik. Ez csak a rendelkezésre álló (adókkal csökkentett és transzferekkel növelt) jövedelmekre igaz. A bruttó piaci jövedelmek tekintetében a 2000-es évek elején Magyarországon volt a legnagyobb az egyenlőtlenség (Medgyesi, 2011, p. 51).

Az aggregált egyenlőtlenségi mutatók mellett a szegénységi rés is viszonylag kicsi Magyarországon, vagyis a szegények átlagosan és relatíve nincsenek nagyon „leszakadva” a társadalom többi részétől (pontosabban mediánjövedelmük nem sokkal kisebb, mint a teljes populáció mediánjának 60 százalékában meghatározott szegénységi küszöb)⁹.

A relatív adatok, amelyek tükrében Magyarországon a társadalom struktúrája kiegyensúlyozottnak, az egyenlőtlenségek mértéke pedig visszafogottnak látszik azonban elfedik a társadalmi struktúra és a benne élők mindennapi valóságának egyik, az abszolút értékeken alapuló felét. Az ugyanis, hogy az egyenlőtlenségek mértéke nem nagyon nagy, sem azt nem jelenti, hogy ne élneek nagyon sokan szegénységben, sem azt, hogy ez a szegénység ne volna nagyon mély és nehezen viselhető. Épp ellenkezőleg, az alacsony egyenlőtlenség oka, hogy a jövedelmi skála felső részén sem szerepelnek – EU-s viszonylatban – különösebben magas (átlagos) jövedelmek. A 34. ábra az európai országok jövedelmi struktúráját mutatja de nem relatív, hanem abszolút értékek szerint:

34. ábra: Abszolút jövedelem-eloszlás Európa országaiban - A jövedelmi decilisek felső határa, PPS (2014)



Adatok forrása: Eurostat [ilc_di01]

A 34. ábra alapján egyértelmű, hogy a magyar társadalom legjobb módú tizedének átlagjövedelme a régi EU-s tagállamokban legfeljebb egy alsóközép pozícióra volna

⁹ A szegénységi rés 2010-ben 16,5 százalék volt, a negyedik legkisebb az EU-ban (Eurostat EU-SILC)

elegendő. Korábbi eredmények szerint a magyarországi szegények pedig, néhány másik volt szocialista ország szegényeihez hasonlóan, olyan alacsony jövedelmi szinten élnek, ami Nyugat-Európa országaiban ismeretlen (Medgyesi, 2008, p. 95.).

2.3.2 RÉTEGZŐDÉS ÉS SZEGÉNYSÉG

A rendszerváltás előttihez képest ezzel együtt is polarizálódott a társadalom relatív értelemben is. A jövedelmi skála két végén találhatók jövedelme eltávolodott a középtől, létszámuk pedig megnőtt, de eltérő mértékben: az elité csak mérsékelten, a szegényeké ezzel szemben jelentősen. 1987 és 2009 között a legalább a medián kétszeresét keresők száma körülbelül 200 ezer fővel, összesen 700 ezerre, a mediánnak pedig legfeljebb a felét keresők száma több, mit félmillióval, összesen egymillióra emelkedett. A közbülső három jövedelmi kategóriába esők létszáma eközben összesen 1,2 millió fővel csökkent (Tóth, 2011). A rétegződési folyamatok régióbeli jellegzetessége, hogy a rendszerváltást megelőzőhöz képest a társadalom egy igen jelentős részének abszolút értelemben romlott a státusza: nem volt szegény, és szegénnyé lett.

A társadalom „tetején” az elit és a felső középosztály áll, körülbelül kétmillió ember, akik a társadalom erőforrásainak java felett rendelkeznek. Az ő anyagi körülményeik stabilak és jók, életvitelük minden szempontból „nyugatias”. Ők a rendszerváltás abszolút győztesei. Őket követi egy körülbelül 3-3,5 milliós középosztály, nem abban az értelemben, hogy ők vannak középen, hanem hogy életkörülményeik és életstílusuk megfelel a középosztályinak. A legalul levő közel ötmillió szegény és majdnem szegény jövedelmi-anyagi státuszának megítélése bár definíció kérdése, az bizonyos, hogy ők a rendszerváltás vesztesei (Laki, 2008; Ferge, 2006).

Ami a szegénységet illeti, nem könnyű megmondani, valójában hányan és milyen mértékű szegénységben élnek ma Magyarországon. Ezért fontos szempont a szegénység definíciója, mert már egy árnyalatnyi változás is akár milliók „besorolását” változtatja meg – ami egyúttal a magyarországi szegénység egyik legfontosabb jellemzőjére is rávilágít, hogy tudniillik akárkit tekintünk is szegénynek, biztos, hogy nagyon sokan egyensúlyoznak az éppen aktuális definíció szerinti szegénység peremén.

A legszigorúbb és legelterjedtebb definíció szerint, amely az egy főre eső mediánjövedelem 60 százalékánál kevesebből élőket tekint szegénynek, 2014-ben a magyar társadalom 14,6 százaléka volt szegény. A küszöb (egy felnőttre számolva) ekkor nem érte el a 67800 forintot. Vagyis 2014-ben 1,4 millió ember élt (a szociális és egyéb transzferekkel együtt) havi hetvenezer forintnál kevesebből Magyarországon. Ha a szociális transzferek közül csak a nyugdíjat vesszük figyelembe, a szegények száma máris 2,6 millióra emelkedik, vagyis 1,2 millió ember jövedelmét a szociális juttatások emelik a szegénységi szint fölé¹⁰.

Az Eurostat standard mérésének egyik változója szerint 2014-ben 31 százalék volt a szegények és/vagy kirekesztettek aránya Magyarországon. Ebben benne vannak egyrészt a jövedelmi szegények, a nagyon rossz életkörülmények között élők, és azok, akik nagyon

¹⁰ Az adatok forrása: [Eurostat \[ilc li10\]](#), [\[ilc li02\]](#), [\[ilc li01\]](#)

alacsony munkaintenzitású háztartásokban laknak¹¹. Ennek a definíciónak nagy előnye, hogy nem egy egyszerű jövedelmi határt húz, ami szinte azonos élethelyzetek közül az egyiket szegénynek, a másikat nem szegénynek minősítené.

A szegénység határait a legtágabban meghúzó megközelítés szerint pedig azt a közel ötmillió embert, akiknek egy része mélyen és tartósan, vagyis „igazán” szegény, másik része pedig vagy folyamatosan a szegénység peremén egyensúlyoz, vagy hol belehullik abba, hol pedig sikerül belőle kikecmeregni, mind szegénynek kell tekintenünk (Laki, 2008; Ferge, 2006).

2.3.3 A SZEGÉNYSÉG TÁRSADALMI ÉS TERÜLETI MEGOSZLÁSA

A rendszerváltás óta a különféle társadalmi csoportok egy részének relatív jövedelmi pozíciója jelentősen átstrukturálódott. Egyrészt, köszönhetően annak, hogy a nyugdíjak értékére politikai okokból minden kormányzat odafigyelt, az idősök relatív jövedelmi pozíciója jelentősen javult. A legszegényebbek között már alig vannak idősök. A helyüket átvették az aktív korúak: most ők, az inaktivitásba ragadt, a szegénységből kitörni képtelen, valamint a rossz állásokban foglalkoztatott munkaképesek, és az ő gyerekeik teszik ki a legszegényebbek túlnyomó többségét. Míg 1987-ben a társadalom legszegényebb – az aktuális medián jövedelemnek legfeljebb 50%-ával rendelkező - csoportjának majdnem 40%-át idősök tették ki, 2009-re arányuk 10% alá csökkent. Ugyanebben a periódusban ugyanezen jövedelmi csoportban a 35 és 59 év közöttiek aránya kicsit kevesebb, mint 30-ról több, mint 65%-ra nőtt (Tóth, 2010, p. 23).

Az 2. táblázat a jövedelmi szegénységben és a deprivációban élők arányát mutatja a társadalom különböző csoportjaiban, 2008 és 2013 között:

2. táblázat: A társadalom különböző csoportjainak szegénysége és deprivációs indexe

	A jövedelmi szegénységi ráta* (százalék)		A súlyos depriváció indexe** (százalék)		
	2008	2013	2008	2013	2011, EU28
Teljes népesség	12,4	14,3	17,9	26,8	8,9

¹¹ Az Eurostat Europe 2020 indikátorrendszerének változója, változó kód: t2020_50. A változó részletei:

- Jövedelmi szegény az, akinek a nemzeti mediánjövedelem 60 százalékánál kevesebb az egy főre jutó ekvivalens jövedelme, transzferekkel együtt.
- Rossz életkörülmények között él, akire az alábbiak közül legalább 4-et nem engedhet meg magának anyagilag:
 - o Közműszámlák kifizetése
 - o Kellően megre fűteni a lakását
 - o Váratlan kiadásokat kifizetni
 - o Húst, halat, vagy más ennek megfelelő fehérjét fogyasztani legalább kétnaponta
 - o Elutazni egy hétre nyaralni
 - o Autót fenntartani
 - o Mosógép
 - o Színes TV
 - o Telefon.
- Az alacsony munkaintenzitás azt jelenti, hogy a háztartás aktív korú tagjai az előző évben potenciális munkaidejük 20 százalékánál kevesebb időben dolgoztak.

A háztartás munkaintenzitása*** (60 évesnél fiatalabbak körében)					
Nagyon magas (0,85 – 1)	2,6	2,4			
Magas (0,55 – 0,84)	7,7	9,6			
Közepes (0,45 – 0,54)	16	15,8			
Alacsony (0,2 – 0,44)	33	45,6			
Nagyon alacsony (0 – 0,19)	48,5	58,9			
Munkaerőpiaci státusz (18 évesnél idősebbek körében)					
Foglalkoztatott	5,8	6,6	12,8	20,2	5,7
Munkanélküli	49,2	50,8	42,7	59,1	25,1
Egyéb inaktív (nem nyugdíjas)	23,3	21,9	21	33,4	12,2
Életkor					
0 – 17	19,7	23,2	21,5	35	10,1
18 – 64	12	14,3	17,6	27	9
64 –	4,3	4,4	14,4	16,7	7,3

(folytatás)	A jövedelmi szegénységi ráta* (százalék)		A súlyos depriváció indexe** (százalék)		
	2008	2013	2008	2013	
Háztartástípus					
Két 65 év alatti felnőtt	8,9	11,1	16,4	24,1	5,8
Két felnőtt egy eltartott gyerekekkel	10,5	12	16,1	25,9	7,2
Két felnőtt két eltartott gyerekekkel	15,7	12,3	14,4	22,6	6,1
Két felnőtt három vagy több eltartott gyerekekkel	28,7	34,4	28,8	42,6	11,1
Legmagasabb iskolai végzettség (18 évesnél idősebbek körében)					
Legfeljebb alap vagy alsó közép fok (Pl. szakiskola, szakmunkásképző)	25,7	37,4	28,4	42,7	13,3
Érettségit adó középiskola és nem felsőfokú továbbképzések	10,2	11,2	15	23	8
Felsőfok	2,5	2,7	5,7	9,3	2,7
Lakóhely népsűrűsége, városiassága					
Magas	7,3	7,9	16,4	22,9	8,6
Közepes	11,3	12,6	18,8	26,2	6,3
Alacsony	16,2	20,7	18,5	30,2	12,2

Adatok forrása: Eurostat (ilc_li) és (ilc_mddd)

Megjegyzések:

* A jövedelem alapján szegények aránya az adott népességcsoporton belül

** A súlyosan deprivált helyzetben élők aránya az adott népességcsoporton belül

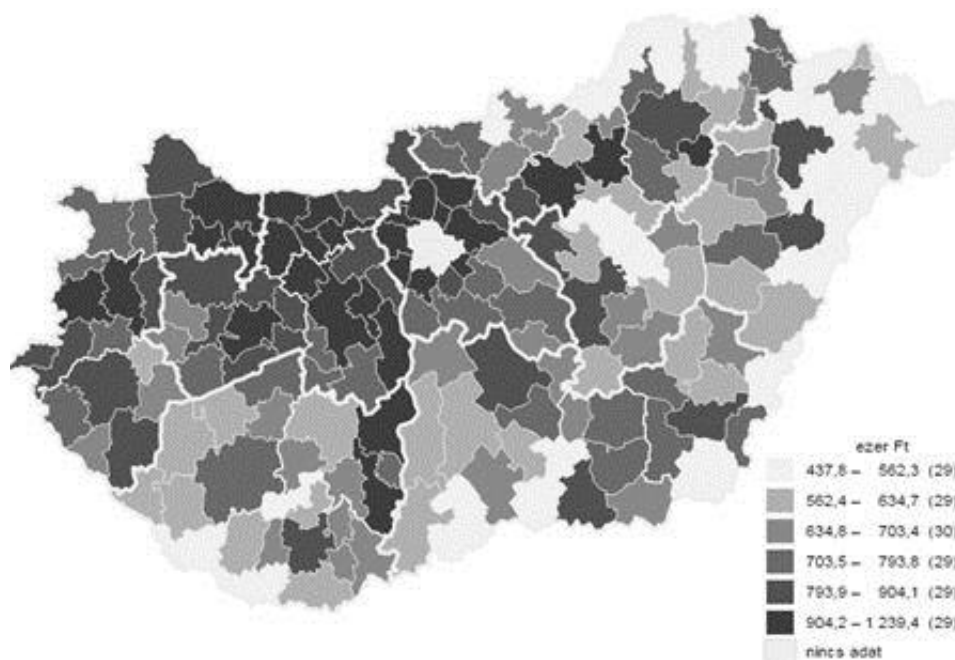
*** A munkaintenzitás azt mutatja meg, hogy a háztartás munkaképes korú tagjai potenciális munkaidejük mekkora hányadában dolgoztak az előző évben.

Nem meglepő, hogy nagyon meghatározó a háztartás munkaintenzitása: az alacsony és nagyon alacsony munkaintenzitású háztartások körében a szegénység már a gazdasági válság első évében is gyakori volt: az alacsony munkaintenzitású háztartások harmada, a nagyon alacsony munkaintenzitású háztartások majdnem fele szegény volt. Ezek az arányok a válság éve alatt 10 és 12 százalékponttal emelkedtek. Nőtt a szegénység aránya a gyerekek körében is, összesen 17 százalékkal. A szegénység „akkumulációját” érzékelteti a súlyos depriváció rátája, ami ugyanezen időszak alatt több, mint 60 százalékkal emelkedett a 18 év alattiak körében. Ugyanez tükröződik a különböző összetételű háztartások helyzetének változásában: bár majdnem valamennyi háztartástípuson belül emelkedett a szegények és a súlyosan depriváltak aránya is, a gyermektelenek körében az emelkedés mértéke 2 illetve 8 százalékpontos, míg a sokgyerekeseknél 6 illetve 14 százalékpontos. A kétgyerekesek körében ugyanakkor három százalékponttal csökkent a jövedelmi szegénységben élők aránya. Nőtt az egyenlőtlenség iskolai végzettség szerint is: a legalacsonyabban képzettek körében a depriváció valószínűsége 14, a legmagasabban képzettek körében csak 4 százalékponttal emelkedett, a jövedelmi szegénység pedig szinte nem növekedett a középső és a felső iskolázottsági csoportban, de közel 50 százalékkal magasabb lett az alacsonyak képzettek

között. Követhető az is, hogy a szegénység valamivel jobban jellemző a vidékre, mint a városias településekre: a vidéki lakosok körében a szegénység közel 30, a deprivációs ráta pedig több, mint 60 százalékkal emelkedett, szemben a városokban lakók 8 illetve a szintén nagyon magas 40 százalékos emelkedésével.

Utóbbi adatból is következtethetünk rá, hogy a jövedelem területi eloszlása különösen egyenlőtlen. A 35. ábra rendhagyó abban az értelemben, hogy nem a szokásos rendelkezésre álló jövedelem, hanem az összevont személyes jövedelemadó-alap eloszlásának területi különbségeit mutatja. Bár ez nem ad a napi megélhetést érintő kérdésekről hű képet, informatív abban az értelemben, hogy hangsúlyosan rámutat a deprivációnak, a szegénységnek, és az ezek társadalmi és egyéni konzekvenciáinak különösen kitett területekre, elsősorban Észak- és Kelet-Magyarországon, és a délnyugati megyékben:

35. ábra: Járásokra számított személyi jövedelemadó-alapot képező jövedelem egy állandó lakosra (2013)



Forrás: KSH

<http://www.ksh.hu/interaktiv/terkepek/mo/szja.html?mapid=SZJA002&layer=dist&color=4&meth=occ&catnum=6>

A jövedelmi egyenlőtlenségek földrajzára egyrészt jellemző, hogy vannak az országnak „gazdagabb” és vannak „szegényebb” vidékei. Ennél a lépcsőnél azonban, aminek a fokain valamennyi régió valamennyi térsége és települése elhelyezhető, a társadalompolitika szempontjából égetőbb a létra legalján elhelyezkedő, leghátrányosabb helyzetű területekkel foglalkozni. Az ezek közül kiválasztott 33 egykori kistérségben élők iskolázottságának jellemzőit korábban már bemutattuk. A kérdéses egykori kistérségek (ma járásek, de nem feltétlenül ugyanazokkal a földrajzi határokkal) az alábbiak (36. ábra):

2.3.4 A JÖVEDELMI HELYZET MINT AZ "OKOK OKA"

A személyes jövedelem elsősorban az anyagi, fizikai életkörülmények – a tágabb lakókörnyezet és a lakás felszereltsége, minősége, táplálkozás, ruházkodás, testmozgás mennyisége és minősége – befolyásolásán keresztül hat az egészségi állapotra (Marmot 2002). A jövedelemegyenlőtlenségek vonatkozásában fontos szempont a krónikus stressz szintje is, amit a szegénység, a létbizonytalanság minden bizonnyal negatívan befolyásol. Itt említendő továbbá az egyenlőtlenségek önmagukban vett egészségromboló hatása: hiába, hogy *objektíve* nem tekinthetők magasnak a magyarországi egyenlőtlenségek, ha *szubjektíve* azt élik meg az emberek, hogy erőfeszítéseik ellenére nem jutnak annyira, mint mások – legyenek azok a szomszédaik vagy tévészereplők.

A tágabb lakókörnyezet minősége, szolgáltatásokkal való ellátottsága egyrészt befolyásolja a szabadidő eltöltésének minőségét (például hogy van-e szervezett sportlehetőség, vagy valamilyen más szabadidős közösség a környéken, van-e kellő mennyiségű és minőségű zöldterület, stb.), másrészt viszont a lakosok kulcsfontosságú szolgáltatásokhoz, például védőnői, orvosi ellátáshoz való hozzájutását is.

2.3.5 A STÁTUSZELEMEN KÖZÖTTI ÖSSZEFÜGGÉSEK

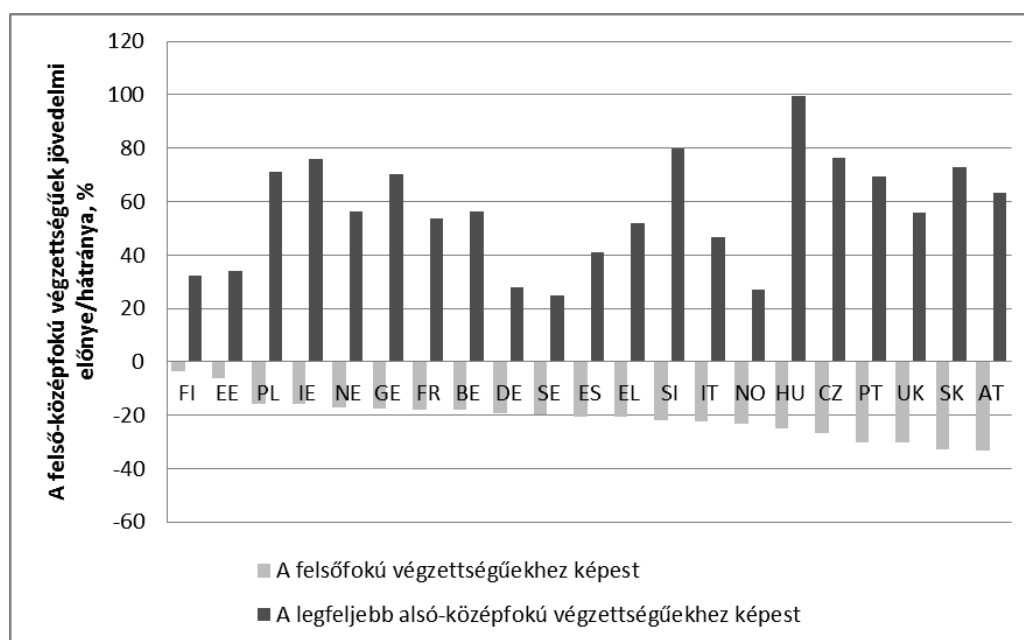
A fent bemutatott szocioökonómiai jellemzők egymással erős korrelációban vannak, azokat figyelembe véve a mai magyar társadalom konzisztens státusz-, illetve osztálystruktúrája írható le (osztálystruktúra alatt itt elsősorban a marxi értelemben vett, a társadalmi munkamegosztás rendszerében betöltött szerepen alapuló osztályokat értve, illetve ahol erre lehetőség van az életstílus, fogyasztás, illetve más kulturális-anyagi orientációk által meghatározott pozíciót is figyelembe véve). Ennek megfelelően – értelemszerűen – a státusz földrajzi eloszlása is nagy mértékben egyenlőtlen.

Ez a rendszerváltást megelőző időkhöz képest jelentős változás: a "státusz-inkonzisztencia" jelensége a szocialista társadalom tagjainak egy jelentős része számára mindennapi tapasztalat volt. A képzettségbeli differenciák nem tükröződtek a keresetekben vagy a munkaerőpiaci lehetőségekben. A kapun belüli munkanélküliség és az erőszakosan alakított iparstruktúra következtében gyakorlatilag a legrosszabbul képzettebbek is el tudtak helyezkedni, de az alkalmazottak – különösen a magasabban kvalifikáltak, például értelmiségiek – fizetése nem tükrözte tényleges kvalitásaikat, miközben ugyanakkor a második gazdaságban relatíve magas "piaci" jövedelmet lehetett megszerezni. Ehhez képest a rendszerváltás után kialakuló társadalmi-gazdasági rendszer, amelyik a fejezetben bemutatott módon "szabadult meg" az alacsony képzetektől és a piaci szektorban viszonylag rövid idő alatt versenyző béreket honosított meg, bizonyos értelemben – és mértékben – csupán a talpára állította a korábban a feje tetejére forgatott struktúrát. A TÁRKI elemzése (Kolosi & Keller, 2011) szerint az 1982 óta eltelt időszakban a legfeljebb általános iskolát végzettek sokat veszítettek társadalmi státuszukból¹⁴, és igen jelentős a munkaerőpiaci státusz hatása is: az alkalmazottak és a vállalkozók státuszindexe jelentősen (előbbieké az 1982-es szint majdnem 70 százalékaival, utóbbiaké pedig az akkori háromszorosára) emelkedett, miközben a

¹⁴ A társadalmi státusz értékét különféle változók (jövedelem, vagyon, életkörülmények, stb.) alapján kalkulálták – a részleteket lásd a tanulmányban.

munkanélküliek státusza majdnem felére csökkent. Ennek hátterében például a foglalkoztatottság és az iskolázottság közötti összefüggés erősödése áll: miközben jelentősen csökkent a legfeljebb az általános iskolát végzettek, és nőtt a felsőfokú végzettségűek aránya a társadalmon belül, a foglalkoztatottak körében ezen változások felerősítve zajlottak le: a két fekete illetve a két fehér vonal által bezárt szög jelzi, hogy az alacsonyan végzettek foglalkoztatottakon belüli aránya sokkal nagyobb mértékben csökkent, a felsőfokú végzettségűeké pedig nagyobb mértékben nőtt, mint ahogy a népességen belüli arányuk változott. Másként fogalmazva ez azt jelenti, hogy az iskolázottságot a munkaerőpiac – állással legalábbis – honorálja. Ennek megfelelően az iskolázottság és a jövedelem közötti összefüggés is erősödött (37. ábra):

37. ábra: Iskolázottsági szint szerinti relatív jövedelmek a 24-64 évesek körében az OECD országokban (2012)



Adatok forrása: OECD.Stat Employment database

Eszerint a középfokú képzettséggel rendelkezőkhöz képest Magyarországon vannak a felsőfokú végzettségűek a „legjobban fizetve” az EU vizsgált országai között.

2.3.6 AZ EGYENLŐTLEN TÁRSADALMI STRUKTÚRA MINT AZ "OKOK OKA"

A társadalmi státusz "összességében" elsősorban egyes összetevői logikáján hat az egészségi állapotot meghatározó tényezőkre. Az iskolázatlanság miatt a tudatlanság, a munkátlanság miatt a társas kapcsolatok hiánya és a beszűkülés, a szegénység miatt a rossz fizikai életkörülmények, a megfelelő minőségű élelmiszer hiánya, stb. az, ami a leginkább rombolja az egészséget. Vannak olyan tényezők is, amelyeknek a jelenléte inkább köthető a státuszszemek összességéhez, mint azokhoz egyenként: a rossz minőségű alkohokok vagy dohányárak fogyasztása például az alacsony státuszúak "szokása", akik körében – például az élethelyzetük okozta stresszel szembeni egyéb megküzdési stratégia híján – eleve is magasabb arányú az egészségkárosító magatartások megjelenése, és nincs pénzük jobb minőségre.

Másrészt empirikusan is igazolt, hogy a nagyobb egyenlőtlenségek önmagukban, vagyis például a jövedelem szintjétől függetlenül is negatív hatással vannak az egészségi

állapotra (Wilkinson, 2009). Ez összefügghet a relatív depriváció okozta pszichés teherrel de azzal is, hogy az egalitáriánusabb értékek mellett elkötelezett, szolidárisabb társadalmak, amelyek támogatóbb pszichoszociális környezetet teremtenek, "hajlamosabbak" a jövedelem-eloszlás szempontjából is egyenlőbbek lenni.

További érdekes, a teljes társadalmi struktúrával kapcsolatos szempont, hogy a mikroszinten az egészségi állapotot negatívan befolyásoló faktorok, például a munkanélküliség makroszinten másként viselkedhetnek. A munkanélküliségi ráta növekedése például rövid távon pozitív hatással lehet a munkanélküliek egyéni egészségi állapotára (Ruhm, 2000; 2003; 2012). Az erre vonatkozó kutatások a munkanélkülivé válás oktatájdönítási mechanizmusaiban keresik ennek a magyarázatát: ha magas a munkanélküliségi ráta, inkább tulajdonítják a munkanélküliek és a társadalom is strukturális tényezőknak a munka elvesztését, ami csökkenti az egészségkárosító pszichoszociális nyomást.

2.4 ÖSSZEGZÉS

Összegezve tehát egyrészt Magyarországon a rendszerváltás óta a társadalom egy relatíve szűk, de létszámában jelentős, közel kétfélmillió fős rétegének életében bekövetkezett az, amit a rendszerváltástól valószínűleg mindenki remélt: magas/növekvő, piaciilag kívánatos képzettségük, tudásuk, bővülő tapasztalataik biztos foglalkoztatást biztosítanak számukra, ennek következtében jövedelmük jelentősen emelkedett, stabil jólétben élnek.

A mérleg másik oldalán ugyanakkor egyrészt egy létszámban kibővült, súlyos, leküzdhetetlen szegénységben élő tömeget látunk, köztük sok gyereket, akiknek semmiféle esélyük nincs a felemelkedésre. Jelentős részük az ország olyan területein él, ahol se munka, se rendes közoktatás, se közlekedés, néha még út sincs. És látunk, bár a társadalmi ranglétrán valamivel feljebb, egy másik, nem kevésbé népes tömeget: a napról napra a szegénység peremén egyensúlyozók tömegeit.

Az egészséggel kapcsolatos egyenlőtlenségeket ez a struktúra nagy mértékben növeli: a társadalom alsóbb rétegeinek rossz fizikai és pszichoszociális körülményei, az egészségre ható magatartásbeli tényezők ezekkel összefüggésben kialakuló mintázatai minden életkorban sokkal rosszabb egészségi állapotra vezetnek, mint a jobb körülményű emberek esetében, és ez az "olló" az életkor előre haladtával egyre nyílik, míg az akár 12-13 évvel hamarabb bekövetkező halálozásban végződik. Ebben okként szerepet játszik a hátrányos helyzetű rétegek többszörös akadályozottsága is az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésben. Különösen nagy jelentőségűek a hosszú távú következmények szempontjából a szegénységben élő gyerekeket érő hatások: a rosszabb minőségű, elégtelen mennyiségű táplálék, a rossz minőségű otthonok, az iskolarendszernek az egyenlőtlenségeket felerősítő hatása, az elsajátított tudások és minták minősége, a kirekesztés meg tapasztalása már kisgyerek kortól. A halmozódó társadalmi hátrányok indította spirál az egészségi állapot romlásán keresztül újabb társadalmi hátrányok – további munkanélküliség, inaktivitás, szegénység, a gyerekek iskolai teljesítményének romlása, az iskolából való korai kimaradás, stb. – kialakulásához vezet, amelyek azonban továbbgyűrűznek a közvetlenül érintett társadalmi réteg "határain", míg végső soron a

társadalom minden tagjára jelentős súly hárul az egyenlőtlenségek, köztük az egészséggel kapcsolatos egyenlőtlenségek terhéből.

3. A KÖZPOLITIKÁK HATÁSA AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT TÁRSADALMI OKAIRA¹⁵

A gazdaság-, foglalkoztatás- és szociálpolitika alapvető befolyást gyakorol az egyének társadalmi-gazdasági pozíciójára. A társadalmi helyzet pedig meghatározza, hogy mennyiben kitett az egyén az egészségi állapotot befolyásoló kockázati tényezőknek és hogyan képes megbirkózni azokkal. Ezért alapvető fontosságú annak a vizsgálata, hogyan befolyásolja a gazdaság-, foglalkoztatás- és szociálpolitika az egészségi állapot társadalmi tényezőit.

A fejezetben az egészség társadalmi meghatározóinak objektívján keresztül tekintem át a rendszerváltás óta eltelt időszak közpolitikáit. Fókuszomban az iskolázottságra, a foglalkoztatottságra, a jövedelem-eloszlás alakulására, a társadalmi kohézióra és integrációra, a helyi közösségek működésére, és korábban bemutatott elméleti keret (1. ábra) egyéb elemeire ható intézkedések állnak.

A fenti célmegjelölés valójában a legkevésbé sem szűkíti le az elemzés körét. *Valamennyire* minden közpolitikai intézkedés hatással van a társadalmi egyenlőtlenségek, és ennek révén az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek alakulására. A terjedelem és a forma azonban sem szükségessé, sem lehetővé nem tesz egy ilyen mélységű analízist. Ahogy az a 2., a társadalom szerkezetét bemutató fejezetből kiderült, a magyar társadalom feszültségeinek fókuszában a foglalkoztatás áll, és ez a problémakör jól felosztható gazdaságpolitikai, tágabban értelmezett foglalkoztatáspolitikai, és szociálpolitikai vonatkozásokra. Ezért a fejezetben is ezt a felosztást fogom követni.

A gazdaságpolitika megközelítésemben elsősorban mint a gazdasági prosperitást befolyásoló terület jelenik meg. Ezzel összefüggésben vizsgálható továbbá a munkaerőpiaci kereslet megteremtésében nagy felelősséggel bíró, illetve a jóléti rendszerek fenntartható finanszírozására alapvető hatást gyakorló szakpolitikai területként is. A foglalkoztatás szempontjából kiemelt jelentőségű a kis- és középvállalatok (KKV) szektora. A foglalkoztatáspolitikai a munkaerőpiaci kínálat és kereslet mennyiségi és minőségi alakulásának aktora – erről a területről kifejezetten a foglalkoztathatóságot elősegíteni hivatott, releváns munkaerőpiaci programokat elemzem. Az egyén foglalkoztathatóságát, egyúttal a makrogazdasági teljesítőképességet befolyásoló két legfontosabb terület, az oktatás és az egészségügy közül az oktatáspolitikai hatásait mutatom itt be (az egészségügyi rendszer hatását az egészség-egyenlőtlenségekre az 4. fejezetben mutatom be). Végül a szociálpolitikának kiemelt szerepe van a társadalmi egyenlőtlenségek kezelésében a szegénység enyhítése révén.

¹⁵ A fejezet részben a WHO által támogatott, az Egészség-egyenlőtlenségek Társadalmi Meghatározói Munkacsoport által készített, „Az egészség-egyenlőtlenségek és az egészség társadalmi meghatározói Magyarországon” című jelentés (Orosz & Kollányi, megjelenés alatt) 2. fejezetére, és az annak háttér tanulmányául szolgáló, „Az egészség-egyenlőtlenségek társadalmi kontextusa” című (Kollányi, megjelenés alatt) elemzésen alapul.

Elöljáróban meg kell emlékeznem azokról a, jellemzően jóléttel kapcsolatos várakozásokról, illúziókról, amelyek a rendszerváltás időszakában meglehetősen széles körben uralták a magyar közvéleményt, alkalmasint a politikai döntéshozók és a szakemberek elképzeléseit (Muraközy 2004), ezért rányomták bélyegüket az azóta eltelt évtizedek politikájára és társadalmi folyamataira is. Fontos korai szakpolitikai döntések hátterében húzódik meg például az a végül javarészt hiúnak bizonyult remény, hogy a jólét mintegy magától „leszivárog” majd a társadalom alsóbb rétegeibe, és ahogy a GDP nő, a szegények is egyre kevésbé lesznek szegények.

3.1 A GAZDASÁGPOLITIKA FŐ JELLEMZŐI, ÉS HATÁSUK A TÁRSADALMI STRUKTÚRÁRA ÉS AZ EGÉSZSÉGRE

A rendszerváltást követő években a gazdaságpolitika legfontosabb feladata a magántulajdonon alapuló piacgazdaságra való áttérés levezénylése, a szereplőknek (a magánvállalatok tulajdonosainak, menedzsereinek, stb.) a piacgazdaság, intézményrendszerének (magántulajdonban lévő nagyvállalatok, bankrendszer, piacszabályozás, stb.) kialakítása, a piacgazdaságra jellemző mechanizmusok, szemlélet, viselkedési minták, attitűdök kialakítása – népszerű kifejezéssel élve az „államtalanítás” volt. Nem hangsúlyozható eléggé a feladat nehézsége, komplexitása: a különböző, egymáshoz ezer szálon kötődő piacokon (áru-, munkaerő-, tőke-) egyidőben kellett meghonosítani az alapvető piaci mechanizmusokat, kialakítani a magánérdekeltséget, létrehozni a magántulajdont, úgy, hogy a gazdasági termelés közben ne álljon le, ne uralkodjon el a káosz a gazdaságon, ne keljen lába a (részben felmértelen) állami tulajdonnak¹⁶ - mindezt úgy, hogy közben a külső gazdasági feltételek is gyökeresen átalakultak.

A rendszerváltás gazdasági programja a Washingtoni Konszenzus alapvetően neoliberais¹⁷ gazdaságpolitikai receptjét követte. Vita folyt és folyik a közgazdászok között arról, milyen más, reális alternatívája volt a rendszerváltáskori döntéseknek (Greskovits, 1995). A tankönyvi neoliberális elmélet reflexiók nélküli alkalmazása helyett például hangsúlyosabb lehetett volna a magyar viszonyok, a gazdaság és a társadalom jellegzetességeihez való adaptáció, mint azt a közgazdasági strukturalizmus javasolja. A fejlesztő állam koncepciójának megfelelően kaphatott volna az állam aktívabb szerepet a gazdaságfejlesztésben (Greskovits, 1996) (bár ennek az állammal szembeni, a szocialista múlt okozta averziók feltehetően erőteljesen útjába álltak).

Ugyanakkor a Washingtoni Konszenzus és a nemzetközi pénzügyi szervezetekkel való együttműködés jegyében kijelölt irány nem kellőképpen alapos vagy konzekvens végigvitelét is érheti kritika, különös hangsúllyal az értékteremtő közkiadások (az oktatás, egészségügy) – már az 1980-as években is jellemző – háttérbe szorulására ahelyett, hogy ezek relatív súlya növekedett volna.

¹⁶ Mondani sem kell, ezen törekvések nem mindegyike teljesült maradéktalanul.

¹⁷ Megalkotói határozottan elutasítják, hogy a Washingtoni Konszenzus liberális vagy neoliberális lenne, hiszen például nagy hangsúlyt fektet a kiegyensúlyozott jövedelem-eloszlásra (Szakolczai, 2005). A konszenzust megalkotó Williamson (Szakolczai, 2005) által idézett magyarázatai az egyes pontokhoz valóban más fénybe helyezik a Konszenzus alapvetéseit (sőt, a kommentár néha mintha egyenesen tagadná a kiindulópontot).

3.1.1 A GAZDASÁGPOLITIKA JELENTŐSÉGE AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT SZEMPONTJÁBÓL

Az egészséggel kapcsolatos egyenlőtlenségekre gyakorolt hatás feltárásához két szempontból vizsgálándó a gazdaságpolitika teljesítménye: egyrészt a gazdaság teljesítménye (vagyis az elérhető jövedelem), másrészt pedig annak a társadalom különböző csoportjai közötti elosztása, vagyis elsősorban a foglalkoztatás keresleti oldala és a társadalmi újraelosztás szempontjából. A gazdaság teljesítményét illetően a kérdés leginkább úgy fogalmazható meg, hogy a növekedés elérte-e a lehetségest, vagy lényegesen elmaradt attól, és hogy szerkezete kiegyensúlyozottan alakult-e. Utóbbi szempont mércéje az lehet – és éppen a magyar munkaerőpiac súlyos „betegségei” miatt fontos ezt kiemelni –, hogy milyen foglalkoztatási (elsősorban keresleti) struktúrát indukáltak a gazdaságpolitikai beavatkozások. További kérdés, hogy az adott szakpolitikai lépés hogyan érintette a társadalom különböző csoportjait, vagyis függetlenül a fenti szempontok szerinti értékelésétől milyen konkrét hatással járt az egyenlőtlenségek alakulására.

3.1.2 NÖVEKEDÉS ÉS EGYENSÚLY

Magyarország esetében a „hagyományos”, a növekedéssel és az egyensúllyal, a pénzügyi folyamatokkal, a piacgazdaság intézményeinek alakulásával kapcsolatos makrogazdasági elemzés félrevezető lehet, mondhatni elfedi a lényegét. A magyar gazdaságot és társadalmat tekintve ugyanis három, egymással összefüggő, nagyon alapvető tényező együttes vizsgálata szükséges a folyamatok megértéséhez. Ezek a következők: 1) az állam és a piac viszonyával, illetve az azt meghatározó intézményi rendszerrel; 2) a gazdaság szerkezetével; és 3) a gazdaság szereplőinek (beleértve az egyéneket is) az attitűdjeivel¹⁸, nem pedig elsősorban a gazdasági növekedésben vagy az államháztartási deficitben beálló néhány százalékpontos különbségekkel.

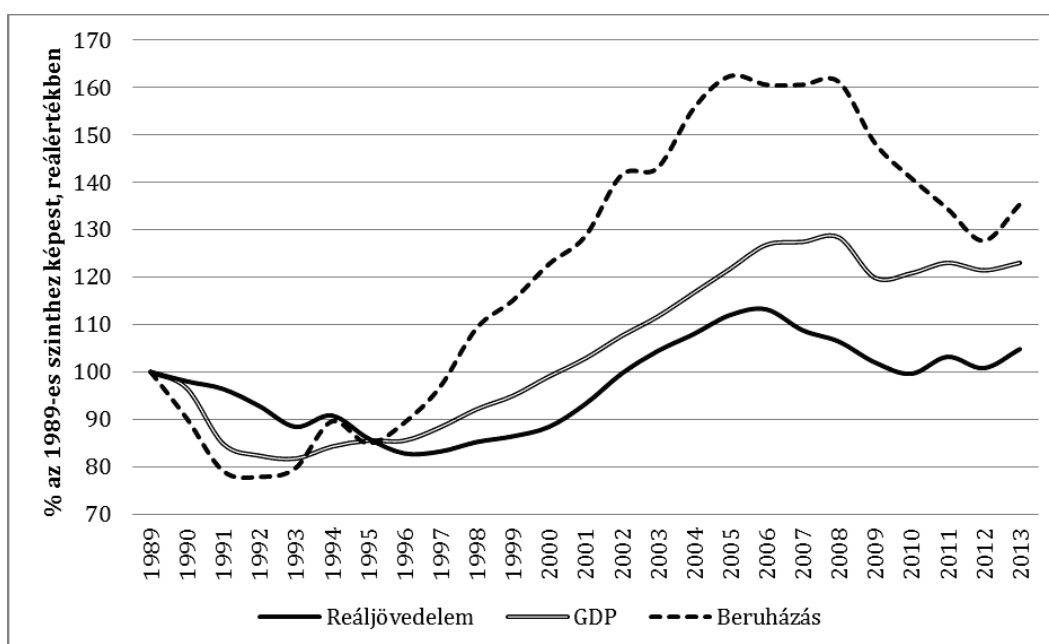
A gazdaságpolitika magva a törekvés, hogy a makrogazdasági egyensúly fenntartása mellett minél nagyobb mértékű gazdasági növekedést érjen el egy ország. A mainstream meg is elégszik ennyivel, sőt, hibának tartja a piaci viszonyokba való beavatkozást, az „alternatív” közgazdaságtan ennél nagyobb figyelmet szentel egyrészt a jövedelemtermelés, másrészt az elosztás struktúrájának, és a „kívánatos” berendezkedés érdekében az erőteljesebb állami szerepvállalást is megengedhetőnek tartja. Elfogadhatjuk, hogy a „jó” gazdaságpolitika egyik fő jellemzője a koherencia, vagyis hogy a gazdaságpolitika fő elemei – elsősorban pedig a fiskális és a monetáris politika – nagyjából ugyanabba az irányba mutat (Csaba, 1998). Hasonlóképp fontos a kiszámíthatóság is, vagyis hogy ne jellemezzék a gazdaságpolitikát váratlan irányváltások, bár ez – lévén a gazdasági körülmények is egyik pillanatról a másikra megváltozhatnak – sokszor nem teljesíthető. A magyar gazdaságpolitikát már a szocializmus évtizedei alatt is prociklikusság – az úgynevezett „húzd meg-ereszd meg” (stop-go) – metódus jellemezte. Jó időkben az elsősorban a belső fogyasztás által vezérelt, nem feltétlenül átgondolt szerkezetű és túlzó *növekedésfokozás*, az államháztartási egyensúly ezt követő – belső vagy külső okok miatt bekövetkező – megingása, majd az egyensúlytalanságra válaszul adott pánikszerű *restrikció* váltakoztak egymással (Csillag, 2009). Ugyanez folytatódott a

¹⁸ Erre a kérdésre a 5. fejezetben bővebben visszatérünk.

rendszerátváltás után is, ekkor már a politikai költségvetési ciklusok Magyarországon erősen érvényre jutó pulzálásával felerősítve. Ez az a – korántsem csak Magyarországon tapasztalható – jelenség, hogy a választási években az állam – jellemzően nem produktív módon – túlköltsékezik, aminek egyetlen ésszerű magyarázata a leköszönő kormányok „szavazatvásárlása” (lásd pl. Brander – Drazen 2004).

Az 38. ábra alapján a GDP, a lakossági jövedelmek, és a beruházások alakulása követhető végig a rendszerátváltás óta eltelt 20 évben. A lakossági reáljövedelem 1989-hez képest a rendszerátváltást közvetlenül követően lényegesen kisebb mértékben csökkent, majd 2000 és 2002 között gyorsabban nőtt, mint a GDP, ami a gazdasági egyensúly megingására, a növekedés fenntartható pályáról való letérésére figyelmeztet¹⁹:

38. ábra: A GDP, a lakossági jövedelmek és a beruházások alakulása reálértéken, az 1989-es szinthez viszonyítva a rendszerátváltástól napjainkig



Adatok forrása: KSH Stadat rendszer.

Jövedelem és fogyasztás: http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_hosszu/h_zhc001.html,

Beruházás: http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_hosszu/h_qb001.html,

GDP: http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_hosszu/h_qpt001.html

A rendszerátváltást követő első néhány évben, mint az jól ismert, súlyos veszteségeket szenvedett el a gazdaság és a társadalom. A GDP majdnem 20, a lakossági reáljövedelem és a fogyasztás 10 százalékkal csökkent az 1989-es szinthez mérten. Hogy ez a visszaesés szükségszerű volt-e vagy sem, vitatott (Nagy, 2004). A kritika szerint korántsem volt annyira rossz állapotban a magyar gazdaság a rendszerátváltás pillanatában, amennyire azt utólag feltételezzük. Ezért hiba volt azt gondolni egyrészt, hogy a külföldi működő tőke „mentheti” csak meg az országot az összeomlástól, vagyis sok szempontból elhibázott volt a kampányszerű, átgondolatlan – vagy akár senki által nem kézben tartott – privatizáció

¹⁹ Hosszú időn keresztül az a nézet uralkodott Magyarországon, hogy – kis, nyitott gazdaság lévén – a belső fogyasztás indukálta növekedést leginkább a külföld tudja finanszírozni, ami az államháztartási egyensúly megingását eredményezi, ezért a jó szerkezetű növekedés csak exportvezérelt lehet. (lásd pl. (Gáspár, et al., 2003). Egyebek mellett az ezen meggyőződés nyomán, részben mesterségesen „bevonzott” FDI működésmódja következtében rögzült a magyar gazdaság szerkezetének – már korábban is jellemző – duális jellege, ami máig a legnagyobb gazdaságszerkezeti probléma.

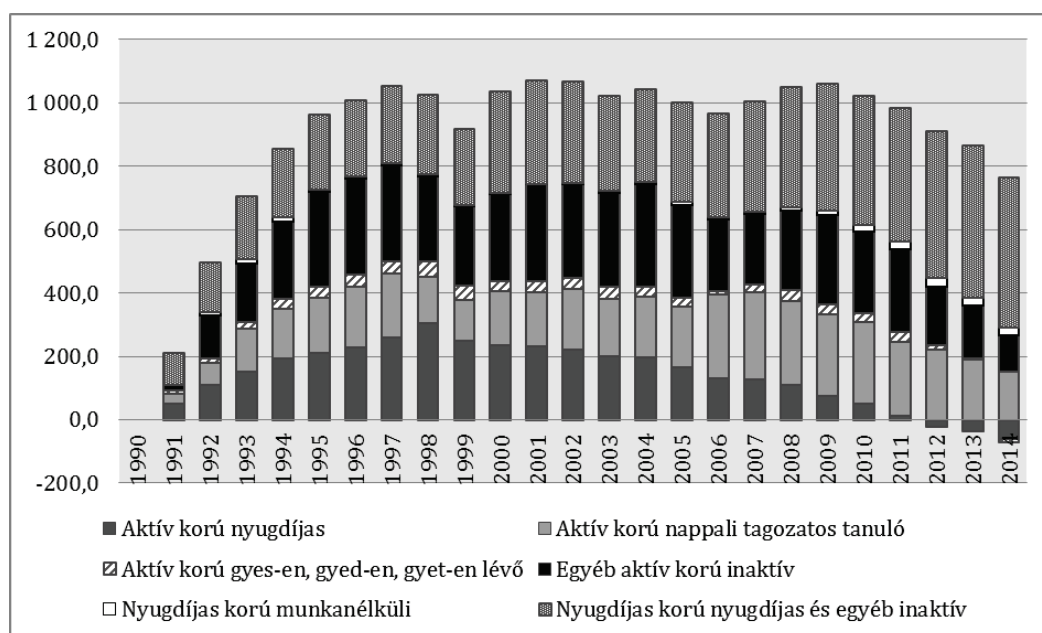
folymata. Miközben – másrésztől – a belső fogyasztás növekedését az első sokkot követően egyre növekvő mértékben veszélyforrásnak tekintette a gazdaságpolitika, és idővel igyekezett azt visszafogni – ami végül a Bokros-csomaggal sikerült is. Nagy szerint valójában ez, a kezdetekkor keresleti restriktó, az átgondolatlan privatizáció és más gazdaságpolitikai intézkedések okozták az elhúzódó transzformációs válságot (Nagy, 2004), (Szakolczai, 2005).

A gazdasági összeomlásnak valóban nem önmagában a magyar szocialista gazdaság működésképtelensége volt az oka: a termelési rendszer jellemzői mellett legalább ekkora szerepe volt annak, hogy az elsődleges felvevő KGST-piac is összeomlott, a magyar állam pedig, forrásainak jó részét elvesztve, már nem tudott a bajba került vállalatok helyett „helyt állni”, mint korábban. A kereslet zsugorodása, a költségvetési korlát keményedése következtében nagyon hamar kialakult a körbetartozások láncolata (akkori terminológiával élve a „sorban állás”): a vállalatok nem tudtak fizetni egymásnak, a beszállítóknak, alkalmazottaiknak, elkezdett leállni a termelés, megkezdődtek a felszámolások, elbocsátások, és a lakossági jövedelmek is jelentős csökkenésnek indultak. Ezzel egyidőben az addig jelentősen szubvencionált árak helyett megtörtént a világpiaci árakra való áttérés, ami jelentős áremelkedést, következésképp a jövedelmek reálértékének további esését jelentette. Ez a külső kereslet után a belső kereslet visszaesését is előidézte. A kereslet ilyen nagy mértékű csökkenése még egy különben jó állapotú gazdaságot is megrázott volna, hát még az épp összeomlóban levő magyart.

Mint az 38. ábra alapján látható ugyanakkor, a lakossági jövedelem lényegesen kisebb mértékben csökkent, mint amekkora a termelés visszaesése volt. Ennek legfőbb oka a kormány azon – érthető és méltányolható – kezdeti törekvése volt, hogy a gazdasági összeomlás révén a lakosságot érő sokkot tompítsa, az elsősorban a munkaerőpiaci krízisből fakadó feszültségeket enyhítse. Ilyen intézkedések nélkül a társadalmi, és – ha a helyzet kellő időn át nem javul – az egészségi egyenlőtlenségek is sokkal nagyobb mértékben nőttek volna, bár az átalakulás és a vele együtt megjelenő, nagy mértékű bizonytalanság és kiszámíthatatlanság sokkja önmagában, a közvetlen jövedelmi hatások nélkül is jelentős mértékben rontotta az egészségi állapotot. Mindenesetre formálódott az új – ha juttatásait tekintve nem is, de jogosultsági feltételeit illetően „bőkezű” – jóléti, járadékos rendszer: 1994-re közel egymillió, a munkanélkülieket is ide számítva több, mint 1,2 millió új eltartottja volt Magyarországnak (Bálint, 2011, p. 332) A korhatár előtti rokkant- és egyéb nyugdíjasok, munkanélküliek, és a diákok száma is jelentősen megemelkedett (

39. ábra):

39. ábra: A 15 év feletti, nem foglalkoztatott népesség számának változása 1990-hez képest, ezer főben



Adatok forrása: (Czethoffer, 2014, p. 198) által közölt adatok alapján

A függőleges tengelyen leolvasható érték azt mutatja meg, hogy az adott évre mennyivel nőtt vagy csökkent a különböző, 15 évesnél idősebb „eltartott” csoportok létszáma 1990-hez képest.

Eközben nem történt meg a közsféra szerkezetének átalakítása, a közfoglalkoztatottak létszámának csökkentése. Sőt: míg 1985-ben 800 ezren, addig 1995-ben majdnem 890 ezren dolgoztak a közszektorban, és a növekedés kizárólag a köztisztviselők, vagyis a jobbra közvetlenül az állam működtetéséért felelős alkalmazottak létszámának bővüléséből származik (Kézdi, 1998). Az államháztartás magas állami kiadások, alacsony belföldi termelés, és nagy mértékű import miatt megingott stabilitását 1995-ben a Bokros-csomag importkorlátozó eszközökkel – elsősorban a forint jelentős leértékelése és átmeneti importvám bevezetésével – állította helyre. A csomagot bevezetésekor sem fogadta osztatlan egyetértés a közszerkezet részéről (Mellár, 1997; Köves & Szamuely, 1997; Köves, 1995a; 1995b), és mindmáig érik kritikák. Ezek szerint a csomag éppen akkor fojtotta le megint a gazdaságot, amikor az mondhatni spontán módon kezdett a rendszerváltás őt ért megrázkódtatásból lábra állni (Gazdag, 2012). A teljesítmény nélküli fogyasztásnövekedés, amit Bokros a legnagyobb veszélynek tekintett, eszerint teljesen természetes fejlemény: a termelés csak késéssel tud a kereslet emelkedéséhez igazodni.

A dolgozat szempontjából ugyanakkor az intézkedéscsomag tehereloszlása az egyik legfontosabb kérdés. A részben fiskális eszközökkel elért reálbér-csökkenés természetesen azokat sújtja leginkább, akik járadékosként vagy állami alkalmazottként jövedelmük jelentős részét az államkasszából kapják, ráadásul mivel ők jellemzően – legalábbis részben – az alacsonyabb jövedelműek, eleve kevésbé képesek a jövedelemcsökkenéssel szemben védekezni. A monetáris restriktió (például a jövedelmek reálértékének csökkenése az infláció megugrása miatt) hatásai valamivel jobban eloszlanak a társadalom különböző rétegei között, de ezek is annál nagyobb mértékben sújtanak valakit, minél nagyobb részét fogyasztja el a jövedelmének – ez az arány pedig a jövedelem csökkenésével növekszik. A nyugdíjak és a közszerében dolgozók bérének csökkenése, a családi ellátások megkurtítása és a jogosultsági szabályok szigorítása valóban sokakat érintett nagyon érzékenyen, jelentősen megnövelte az egyenlőtlenségeket

mértékét (Förster, et al., 1998), és mind a felhasználható jövedelem csökkenésén, mind a relatív jövedelmi távolságok növekedésén keresztül (Wilkinson, 2009) kétségtelenül rontotta az egészségi állapotot és hatott annak egyenlőtlenségeire is.

Az egyenlőtlenséget növelő hatás a fiskális megszorítások többségének jellemzője. Rövid távon a kormányzati kiadások csökkentése ezen a módon a „legkényelmesebb” a kormányzatok számára: az érintett csoportok politikai súlya általában kicsi, sem szavazóbázisként, sem véleményformálóként nem kell tőlük „tartani”. Leszakadásuk azonban már középtávon súlyos társadalmi problémákat, feszültségeket okoz – veszélyeztetni nem csak a kohéziót, de a gazdasági teljesítőképesség alapjait is. A fiskális beavatakozások egyenlőtlenségnövelő hatása mellett a mindenkori kormányzatnak azt is mérlegelnie kell, hogy a jövedelemcsökkenés nem fogja-e túlzott mértékben vissza a belső fogyasztást, ami a gazdasági növekedés gátja lehet, újratermelve a költségvetés egyensúlyi problémáit.

A Bokros-csomagot követően az egyensúly helyreállt, a GDP és az export – némi stagnálást követően – növekedésnek indult, és úgy tűnt, a gazdaság fenntartható pályára kerül. A stop-go azonban ebben a időszakban is tetten érhető, csak éppen a „go” ideje jött el. Ahogy közeledett az 1998-as választási év, a fegyelem ismét lazulni kezdett.

A Bokros-csomag évétől 2000-ig relatíve jó, a külső konjunktúra által támogatott helyzetben volt a magyar gazdaság. Az 1998-ban hatalomra kerülő új kormány az első két évében fegyelmezett fiskális politikát folytatott. 2001-től azonban egyrészt Magyarország nyugat-európai kereskedelmi partnereinek dekonjunktúrába kerülésével csökkent a magyar áruk iránti importkereslet, visszaesett a magyar export és a GDP növekedése, a lakossági jövedelmek reálértéke ezzel szemben jelentősen emelkedett. A csökkenő infláció melletti magas nominális béremelkedés évről évre 5-10 százalékos reáljövedelem-emelkedést eredményezett (Petschnig, 2003). Fenntartva, hogy – a korábbiakban jelzettekkel összhangban – önmagában a belföldi kereslet növekedése nem feltétlenül káros, jelen esetben nem funkcionált a gazdaságnövekedés motorjaként, elsősorban mert nem járt együtt sem a kereslet belföldi fogyasztás felé terelésével, sem a magyarországi kis- és középvállalatok jelentős és hathatós fejlesztésével. Ráadásul, mert forrása javarészt a közszférában foglalkoztatottak béremelései voltak, ismét megingatta az államháztartás stabilitását (Petschnig, 2003).

A 2002-es választási évben kivételesen nem csak a választások *előtti* túlköltekezés (és a leköszönő kormány utolsó pillanatban vállalt kötelezettségei) terhelték meg nagyon nagy mértékben a költségvetést, hanem a választási ígéretek beváltása is a választások *után*. A közalkalmazotti bérek, a nyugdíjak, az egyetemi ösztöndíjak megemelése, a lakáshitelek előző ciklusban kezdett, egyébként nagy mértékű fordított újraelosztást megvalósító, jelentős állami támogatásával kiegészülve nagyon hamar és nagyon nagy mértékben rontotta az államháztartás egyenlegét és növelte az államadósságot, miközben a lakossági fogyasztás nagy mértékben emelkedett. A közalkalmazotti szféra béreinek rendezésével kétségkívül foglalkozni kellett: a versenyszféráétól elmaradó javadalmazás kontraszelekciót és munkaerő-elvándorlást (úgy földrajzi értelemben mint szakmaelhagyóként) idézett elő, az egészségügyben különösen nagy mértékben (Varga, 2015). De mivel a béremeléshez nem kapcsolódott teljesítménykritérium, az a régi struktúra hatékonyságát finanszírozta tovább, ráadásul gyakorlatilag költségvetési fedezet nélkül. A „pazarlás” nem csupán a technikai hatékonyság dimenziójában értendő:

a növekvő állami kiadásokból az egészségügy és általában a humán tőke fejlesztésére, a szegénységet, az egyenlőtlenségeket valóban kezelni képes szociálpolitika kialakítására (vagyis az egészségi állapotot hosszú távon befolyásolni tudó területekre), de még a gazdasági feltételek javítására, infrastruktúrafejlesztésre sem jutott (Gáspár, et al., 2003).

A 2002-től követett, különösen a 2004-es EU-csatlakozás után (Csaba, 2011) fiskálisan laza gazdaságpolitika nyomán 2006-ra ismét szigorú költségvetési kiigazítás vált szükségessé. A leginkább adók, illetékek, és az energiaárak emelését tartalmazó „Gyurcsány-csomag” jelentősen csökkentette a lakossági reáljövedelmeket, és kisvártatva a GDP-növekedés üteme is lassulni kezdett. Ez azonban nem feltétlenül a keresleti hatás következménye volt. Ebben az időszakban kezdett ugyanis a lakossági devizahitel-felvétel igazán kiterjedni, részben a fiskális és a monetáris politika inkonzisztenciájától „bátorítva” (Surányi, 2014), ami később súlyos külgazdasági kockázatot és társadalmi feszültségeket keltett. Mindez és a lassan válságba forduló világgazdaság ettől a ponttól kezdve gyakorlatilag permanens, politikai és gazdasági fronton párhuzamosan folyó válságkezelésbe kényszerítette a szocialista kormányt.

A 2010-ben kormányra kerülő Fidesz gazdaságpolitikája még a szokásosnál is nehezebben értelmezhető pusztán technikai szempontból. Egyrészt, a válság elhúzódott, és még ha számos, a válságkezeléssel kapcsolatos lépés – például a szegénységcsökkentő szociális kiadásoknak az OECD országaiban a válság idején példátlan, jelentős csökkentése (OECD, 2014b) – súlyos problémákat vet is fel szűkebb témám szempontjából, magát a válságkezelés lehetőségeit, módját és sikerességét több kormányzati ciklus tevékenysége együttesen határozta meg. Az ad-hoc, átmenetinek szánt, de tartóssá vált „különadók” megjelenése, a gazdasági centralizáció és az államosítás kiszámíthatatlan alakulása nem tett jót az üzleti bizalomnak.

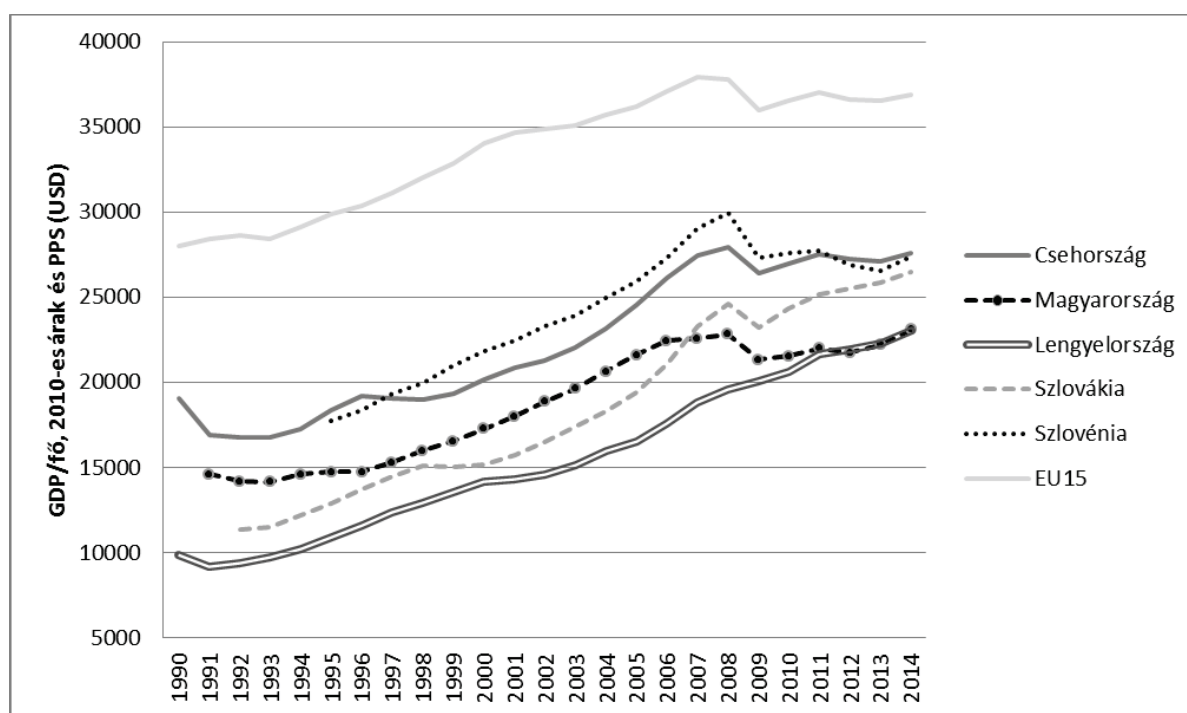
A GDP lassan beinduló növekedése strukturálisan nem stabil: 2013-ban például főleg a mezőgazdasági termelés – időjárási tényezőknek köszönhető – növekedésének volt a következménye (Surányi, 2014). A kormányzat több kísérletet tett a belső fogyasztás és termelés „újraindítására” az elmúlt években, ezek azonban koncepcióban nem voltak alkalmasak ennek a célnak az elérésére. Ilyen volt elsősorban az egykulcsos SZJA bevezetése és a családi adókedvezmények rendszerének újjáépítése, valamint a társasági nyereségadókulcs kedvezménye, amelyek Surányi (2014) szerint összesen évi 8-900 milliárd forintnyi adóbevétel-kiesést jelentenek. Az SZJA és a családi adókedvezmények jellemzően magas jövedelmű csoportoknál maradnak, akik ezeket nem fogyasztják el, ezért a fiskális stimulus eredménytelen marad, ráadásul nagy mértékben növeli az egyenlőtlenségeket (Surányi, 2014). Hasonló a helyzet a hazai KKV-kat célzó adókedvezménnyel kapcsolatban is: ezt a szektor vállalatainak túlnyomó többsége nem tudja igénybe venni, mert messze nincs ehhez elegendő jövedelmük (Surányi, 2014). A harmadik téves intézkedés a „nem termelőnek” tekintett, jellemzően a szolgáltatások körébe tartozó ágazatok adórendszeren keresztüli háttérbe szorítása a feldolgozóipari szektorok javára (Halpern & Oblath, 2014). A magyar exporttöbblet felét ezek a szektorok (a kereskedelem, szállítás, vendéglátás, informatika-kommunikáció, pénzügyi és biztosítási tevékenység) adják, és az elmúlt években jelentősen csökkent az állótőke-felhalmozásuk, vagyis a tartalékaikat élik fel. Ugyancsak valószínűsíthető, hogy a beruházások csökkenő, majd 2013-tól lassan növekedésnek induló volumene mögött néhány nagy feldolgozóipari cég jelentős beruházásai, és a többiek beruházásainak nagy

mértékű csökkenése áll, vagyis a gazdaságszerkezet polarizációja tovább fokozódott (Halpern & Oblath, 2014).

Az elmúlt 20 év gazdaságirányításának egyes szakaszai egymástól nagyon különböző felfogásról árulkodnak. A fejezet bevezetőjében említett stop-go ciklusok és a politikai költségvetési ciklusok négyévenkénti, a gazdasági racionalitást nélkülöző osztogatása azonban végigvonul az egész időszakon.

Egy mutatóba sűrítve a gazdaságpolitikai növekedési teljesítményének értékelését, vagyis megvizsgálva az egy főre jutó GDP-ben értett gazdasági felzárkózást látható, hogy a rendszerváltás óta Magyarországnak az EU15 országaitól való távolsága nem csökkent, miközben 2014-re a régióbeli rendszerváltó országok között Lengyelországgal holtversenyben az utolsó helyre szorultunk – jóllehet a megelőző évek trendje alapján Lengyelország pályája alkalmasnak tűnik a felzárkózásra, szemben Magyarországéval (40. ábra):

40. ábra: Az egy főre jutó GDP alakulása az EU15-ben és a régió országaiiban (PPP USD(2010), 2010-es árakon)



Adatok forrása: OECD.Stat

Legalább ilyen fontos ugyanakkor kiemelni, hogy gazdaságpolitika minőségének kérdése Magyarországon több okból sem szűkíthető le a növekedés feltételeinek befolyásolása vs. egyensúly problematikájára, elsősorban a magyar gazdaság szerkezeti problémái miatt. Ennek a kulcsponjtjai a gazdasági aktivitás tartósan alacsony szintje, a vállalati struktúra torz jellege, a gazdasági szereplők attitűdjei és a változatlanul körülbelül félmillió létszámú, állandóan újratermelő, a társadalomból gyakorlatilag kiintegrálódott népesség helyzete miatt.

3.1.3 GAZDASÁGSZERKEZET ÉS FOGLALKOZTATÁS

Napjaink gazdaságának megszokott reprezentációja a globalizáció által irányított, hatalmas, multi- és transznacionális vállalatok által benépesített gazdaság. Ez azonban a valóságnak csak az egyik oldala: minden nemzetgazdaságban jelen van az érem másik fele, a foglalkoztatottság zömét biztosító, jelentős részben „hazai” tőkével működő mikro-, kis- és középvállalkozások (KKV²⁰) beláthatatlanul népes szektora is. Magyarországon a vállalkozások 99 százaléka mikro-, kis- és középvállalkozás (Jelen, 2010), és ez az arány az EU többi országában is nagyon hasonló.

3.1.3.1 A GAZDASÁGSZERKEZET EGÉSZSÉGHATÁSAI

Az egészségi állapot és az egészség-egyenlőtlenségek szempontjából a KKV-szektor elsődlegesen a foglalkoztatási hatások, másodlagosan pedig a gazdasági növekedés szempontjából kiemelten fontos. Ezek a vállalatok foglalkoztatják Magyarországon az alkalmazottak több, mint 73 százalékát (KSH, 2014). Nemzetközi vizsgálatok szerint a gyors növekedésű vállalatok kizárólag a KKV-szektorból kerülhetnek ki, a nemzetgazdasági foglalkoztatás-bővülést pedig a növekedő vállalatok képesek biztosítani (Papanek, 2010). Foglalkoztatási jelentőségük Magyarország esetében még ezen is túlmegy, ugyanis a Magyarországhoz mérhető képzettségi szerkezetű és gazdasági fejlettségű országokban (például Dél-Amerika egyes országaiban) éppen a KKV-szektor vállalatai adnak munkát a nagy számú alacsonyan képzett munkavállalónak (Scharle, 2012a). A 2., társadalomszerkezetéről szóló fejezetben bemutattam, hogy az alacsony képzettségűek legális illetve statisztikailag kimutatható foglalkoztatottsága Magyarországon nemzetközi viszonylatban is nagyon alacsony, ami a fentiek értelmében rávilágít a KKV-szektor diszfunkcióira. Scharle (2012a) alapján az ő foglalkoztatásukban kifejezetten a hazai tulajdonú, nem kifejezetten külgazdaság-orientált, jellemzően kis alkalmazotti létszámú (családi) vállalkozásoknak lehetne kitüntetett szerepe, csakhogy éppen ezek a leggyengébb, a legkevésbé versenyképes vállalatok a gazdaságban (KSH, 2014; Békés, et al., 2013; Palócz, 2008; 2010; Kállay, 2012; Papanek, 2010; Directorate-General for Enterprise and Industry, 2014). A KKV-szektor gyengesége tehát áttételesen súlyos következményekkel jár az eleve a népesség legrosszabb egészségi állapotú, alacsony képzettségű rétegének társadalmi helyzetére és egészségi állapotára, a munka hiányával járó megannyi hátrány és megfosztottság révén, az anyagi deprivációtól kezdve a munkanélküliségből fakadó szociális izoláción keresztül az élethelyzet végletes bizonytalanságával együtt járó krónikus stresszig.

A szektor gyengeségének hátterében számos ok áll, úgy történetiek mint kulturálisak vagy a gazdaságpolitikai hibáiból fakadók, vagy azok által felerősítettek. A privatizáció során beáramló külföldi tőkét a KKV-szektor vállalatai, néhány – például élelmiszeripari²¹ – kivételtől eltekintve hidegen hagyták. Ugyanakkor mindazok a gazdasági előnyök, amiket egy gazdaság vállalatai a külföldi működő tőke-befektetésektől áttételesen várhatnak – elsősorban a technológia- és tudástranszfer és a kapcsolatok nemzetköziesedése –

²⁰ A mikrovállalkozásnak legfeljebb 10 alkalmazottja és legfeljebb évi 2 millió euró árbevétele, a kisvállalkozásnak 50 alkalmazottja és évi 10 millió euró árbevétele, a középvállalkozásnak pedig 250 alkalmazottja és 50 millió eurós árbevétele van.

²¹ De ezekben az esetekben is gyakran volt szó „ellenséges kivásárlásról” (vagyis arról, hogy a külföldi befektető mint potenciális versenytársát megvásárolta, majd gyorsan bezárta a privatizált üzemet). Lásd pl. (Virág, 2003)

mindezidáig a magyar kis- és középvállalkozásokhoz nem, vagy csak mérsékelten jutottak el, éppen a két szektor izoláltságából kifolyólag. Az 1992-es csődtörvény nyomán tízezres nagyságrendben szűntek meg KKV-k (Csaba, 1998; Laky, 1995). A kisvállalkozások lehetőségeit meghatározó további fontos körülmény volt a rendszerváltás utáni adórendszer, pontosabban az adókedvezmények rendszere is (Lakatos, 2007). A Bokros-csomagnak a belső keresletet visszafogó hatása is nehéz helyzetet teremtett a kizárólag a belföldi piacra termelő kisvállalkozások számára. A vállalkozások jelenlegi üzleti környezetének jellegzetességei is kifejezetten a kisebb vállalkozások helyzetét nehezítik, elsősorban a relatíve magasabb adminisztratív terhek miatt (Reszkető & Váradi, 2012).

Külön figyelmet érdemel mezőgazdaság, illetve az azzal szorosan összekapcsolódó élelmiszeripar kérdése. A rendszerváltás óta a szektor foglalkoztatottainak száma összesen a harmadára csökkent, sokkal nagyobb mértékben, mint a teljes nemzetgazdaságban, és ugyanez igaz a termelés különböző metszetű mutatóira – termékindexére, GDP-hez való hozzájárulására – is. Ezzel a mezőgazdaság volt a munkanélküliség egyik legnagyobb kibocsátója: 1994-ig a mezőgazdaságban és az élelmiszeriparban 365 ezer, 2010-ig pedig majdnem 580 ezer munkahely szűnt meg, zömében alacsonyan képzett emberek munkahelyei.

A birtokstruktúra elaprózottsága mellett a szaktudás, az eszközök, a kooperáció hiánya is a fenntartható termelés gátja és a hatékonyság akadályai a kisbirtokosi réteg esetében. A kárpótlással egyrészt olyanok – korábbi földtulajdonosoknak az agráriumtól eltávolodott leszármazottai – is földhöz jutottak, akiknek se képességük, se affinitásuk nem volt a gazdálkodáshoz. Emellett a rendszerváltáskor a TSZ-ek megszűnésével a korábban jól működő gazdasági, partneri kapcsolatok is felszámolódtak: a közös eszközhasználat, az élelmiszer-vertikum feldolgozást, értékesítést megkönnyítő kapcsolatrendszere. A kooperáció ezen formái részben azóta sem épültek újra, holott a kiscgazdaságok fennmaradásának zálogát jelenthetnék. Anélkül, hogy illúziókba ringatnánk magunkat a szocialista mezőgazdasággal kapcsolatban meg kell továbbá említeni, hogy a szövetkezeti rendszer felszámolása nem csak a szűken vett mezőgazdaság szempontjából volt nagy veszteség a vidéki népesség számára. A TSZ-ek ugyanis – a mezőgazdaság és az azzal többé vagy kevésbé összefüggő „melléküzemágak” működtetése mellett – a helyi társadalom infrastruktúrájának megteremtésében és fenntartásában és a közösségi élet szervezésében is jelentős szerepet vállaltak. A rendszerváltáskor mindez egyik pillanatról a másikra megszűnt. Ez az egyik fő oka a vidéki szegénység és egyes területeken a nagy arányú munkanélküliség kialakulásának, és annak, hogy a vidéki települések közösségi infrastruktúrája sokhelyütt teljesen leépült.

Amennyiben az infrastruktúrának, illetve más irányú gazdasági tevékenység lehetőségének híján levő vidéki területek lakosainak akkor sincs lehetőségük mezőgazdasági tevékenységet folytatni, ha szeretnének, akkor az államra hárul, hogy ezeknek az embereknek a megélhetéséről gondoskadjon. A társadalmi egyenlőtlenségek és különösen az egészségi állapot szempontjából a vidéki népesség esetében ezért különösen nagy jelentőséggel bír a mezőgazdaság struktúrájának kérdése, szoros összefüggésben a vidéki települések infrastruktúrájának és közösségeinek helyzetével, az itt élő embereknek az anyagi, fizikai, és az egészségi állapotukat szintén nagy mértékben befolyásoló pszichoszociális környezetének állapotával.

3.1.4 ADÓRENDSZER ÉS INFORMÁLIS GAZDASÁG

3.1.4.1 A MUNKÁT TERHELŐ ADÓK JELLEMZŐI ÉS A FEKETEGAZDASÁG

Az adórendszeren keresztüli újraelosztás 1995-től egyre regresszívebbé vált, miközben az újraelosztási, társadalompolitikai szempont háttérbe szorult és az adóbevétel-növelés került a középpontba (Lakatos, 2007). Az adórendszernek jóléti jelentősége mellett (amire röviden kitérek az 3.4.1.1 fejezetben) komoly gazdaságpolitikai szerepe is van mint a vállalkozásra és munkavállalásra ösztönző, vagy attól eltántorító tényezőnek. Magyarországon az átlagos, munkát terhelő adó mértéke nagy, vagyis a munka mind a munkáltatónak mind a munkavállalónak drága, és az egykulcsos adó bevezetése ezen csak minimálisan javított. Európában 2014-ben csak Ausztriában, Franciaországban és Belgiumban volt magasabb a munka átlagos adóterhelése, mint Magyarországon (Rogers & Philippe, 2014).

Ördögi kört alkotva függ össze ezzel, hogy Magyarországon relatíve nagy az informális, rejtett gazdaság (a be nem jelentett foglalkoztatás és a jövedelemeltitkolás) aránya²² (Schneider, 2011).

A feketefoglalkoztatás aránya a 2000-es évek első felében a foglalkoztatottak 16-17 százaléka körül volt, vagyis több, mint 600 ezer embert érintett²³ (Elek, et al., 2009). Az informális gazdaság magas aránya jelentős veszteségeket jelent a legális versenytársak, a gazdaság, az állam, és nem utolsósorban a munkavállalók számára (Lackó, et al., 2009), torzítja a társadalmi újraelosztást, és jelentősen nehezíti a különféle gazdaság- és társadalompolitikai programok célzását. Ugyanakkor a vele kapcsolatos kívánatos cél, a „kifehérítés” szükségessé tesz bizonyos fokú toleranciát is a jelenséggel szemben: a feketemunka tűzzel-vassal való üldözése például inkább eredményezi a benne érintettek életkörülményeinek hirtelen és akár helyrehozhatatlan romlását, mint bármiféle előrelépést. Amit szem előtt kell tartani, hogy a feketemunka piaca is munkaerőpiac: aki azon jelen van, akárhogy is, de közelebb van a legális munkaerőpiachoz, mint aki bár semmi illegálisat nem tesz, de teljesen kivonult a munka világából.

A fekete (és szürke) foglalkoztatás, a rejtett gazdaság volumenével, és általában az állammal szembeni kötelezettségek betartásával kapcsolatban nem hagyhatók figyelmen kívül az ezekkel a kötelezettségekkel kapcsolatos lakossági attitűdök sem. A 5., a magyar társadalom értékszerkezetét leíró fejezetben részletesebben bemutatom a magyar társadalom anomikus, bizonyos helyzetekben illetve bizonyos célok érdekében az együttműködés, együttélés akár legalapvetőbb normáinak semmibe vételét is elfogadó vonásait. Ennek gyökerei messzire nyúlnak, túl a szocializmusban a hétköznapiakat is átszövő „különalkuk” rendszerén is (lásd például Szalai Erzsébet (2003) leírását a Magyarországon a demokráciával és a közösség iránti felelősséggel kapcsolatos hiányok történelmi gyökereiről). A jelenség ugyanakkor részben szintén összefügg a rendszerváltással. Az éppen csak alakuló új normarendszer közepette megindult, nem ritkán a kriminalitást súroló „eredeti tőkefelhalmozás”, a politikai és a gazdasági életet

²² Az ördögi kör lényege, hogy a magas adókulcsok miatt magas az adóelkerülés aránya, a kiterjedt feketegazdaság miatt viszont adott nagyságú adóbevétel eléréséhez sokkal nagyobb adó- és járulékkulcsokat kell alkalmazni, mint különben szükséges volna.

²³ Ebben az „önfoglalkoztató” vállalkozók is szerepelnek.

máig átszövő (Transparency International, 2011), rendre napvilágra kerülő, és kevés kivételtől eltekintve következmények nélkül maradó korrupció, illetve az, hogy ezzel összefüggésben sokáig gyakorlatilag szemet hunytak a fekete gazdaság fölött, nagyban hozzájárulhattak ahhoz, hogy ezek a – gyakorlatilag a közteherviselésre vonatkozó – normák nem eresztettek mély gyökereket a társadalomban. Tovább rontja a helyzetet az adótudatosság hiánya, vagyis hogy az állampolgárok nem érzékelik az összefüggést a befizetett közterheik és a cserébe kapott (igaz, nem ritkán alacsony színvonalú) szolgáltatások között. Ehhez nagyban hozzájárulnak a felelőtlen választási ígéretek, amelyek – mint azt a fejezet elején több helyütt bemutattuk – annak látszatát keltve vállalnak bírhatatlan költségvetési terheket, hogy ezek a társadalom részéről semmiféle kötelezettséggel nem járnak.

3.1.4.2 FEKETEMUNKA ÖSSZEFÜGGÉSE AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTTAL

Az egészséggel kapcsolatos egyenlőtlenségek szempontjából a feketemunka igen ellentmondásos. A fő, inkább távlati pozitívuma, hogy a feketemunkás munkavállalói képességei nem erodálódnak olyan nagy mértékben, mint akár a munkanélküliség, akár a közmunka esetében, hiszen piaci helyzetben „nyeri el” a munkát. A munkanélküli élethelyzettel szembeni feltétlen, elsősorban pszichoszociális előny a munka léte maga, annak önbecsülést fenntartó, illetve a szociális izolációt megelőző tulajdonságaival. Bár a közmunka az izolációt szintén oldja, kényszer jellegű és stigmatizáló volta miatt feltehetően mégis okoz bizonyos (akár jelentős) pszichoszociális terhet, ezért ebben a vonatkozásban is „alulmarad” a fekete munkával szemben. Meg kell említeni a feketemunkából származó jövedelem szegénységet enyhítő hatását is. Ugyanakkor a jellemzően alkalmi/szezonális fekete munkák kiszámíthatatlansága és az ebből eredő létbizonytalanság önmagukban pszichoszociális veszélyeztető faktorok, miként az alkalmi fekete munkák jellemzően alacsony munkavállalói kontrollt biztosító jellege is. A be nem jelentett foglalkoztatás vagy éppen a nem a tényleges munkafeltételeknek megfelelően bejelentett foglalkoztatás révén súlyosan sérül a munkabiztonság és a társadalombiztosítás révén elnyerhető jogok, így az egészségügyi ellátáshoz való jog, és – lévén hogy a feketefoglalkoztatás jellemzően „életforma” – a nyugdíjjogosultság is. Ezzel együtt a feketemunka szankcionálása önmagában nem célravezető, különösen annak ismeretében, hogy a jövedelem nélküli családok juttatásaiba mintegy „belekalkuláltatik” a feketemunka bére²⁴ – társadalmi értelemben hatékonyabb lehet a feketemunka kifejlesztésére való motiváció megteremtése. Bár nem a munkaerőpiaccal kapcsolatban, de jól illusztrálja ezt az EVA (egyszerűsített vállalkozói adó) bevezetése, ami a maga kezdeti, megengedőbb feltételei mellett jelentősen javította a vállalatok adófizetési hajlandóságát (Semjén et al 2009).

²⁴ Ráadásul előzetes vizsgálatok szerint a gazdasági válság a feketefoglalkoztatás területét sem hagyta érintetlenül, és valószínűsíthető, hogy épp a leginkább hátrányos területeken csökkent a feketemunka mennyisége is. (Semjén & Tóth, 2010)

3.2 A FOGLALKOZTATÁSPOLITIKA FŐ JELLEMZŐI ÉS HATÁSA A TÁRSADALMI STRUKTÚRÁRA ÉS AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA

Ebben a fejezetben a foglalkoztatáspolitikát, vagyis a munkaerőpiaci kínálat és kereslet mennyiségét és minőségét befolyásoló szakpolitikákat mutatom be és értékelem. Ez magában foglalja a szűkebben értelmezett foglalkoztatáspolitikát passzív (jövedelempótló ellátások) és aktív (elvből a foglalkoztathatóságot javító) eszközeit.

3.2.1 A FOGLALKOZTATÁS JELENTŐSÉGE AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT SZEMPONTJÁBÓL

A foglalkoztatottság elsősorban mint a megélhetés elsődleges, kívánatos forrása bír alapvető jelentőséggel az egészség-egyenlőtlenségek szempontjából. Azok között a családok között, amelyeknek a tagjai közül sokan dolgoznak, sokkal kisebb a szegények aránya, mint az országos átlag (Gábos & Szivós, 2010). Ugyanakkor a foglalkoztatás, az, hogy az embernek van-e munkája vagy nincs, számos más módon is befolyásolja az egészségi állapotát: a hasznosság, az értékteremtés érzete, a tudat, hogy valaki képes a saját és családja megélhetéséről gondoskodni, a munkahelyi közösség, a munkába járás időt strukturáló jellege mind jelentős részt képviselnek a foglalkoztatás egészségi állapotra gyakorolt hatásán belül. Szólni kell a foglalkoztatás negatív egészségi hatásairól is: a dolgozót a munkahelyen érő egészséghatások igen jelentősek lehetnek, és jellemzően annál nagyobb terhet, illetve veszélyt jelentenek, minél alacsonyabb társadalmi státuszú, illetve – ezzel összefüggésben – minél alacsonyabb presztízsű munkát végez valaki.

3.2.2 A FOGLALKOZTATÁSPOLITIKA TELJESÍTMÉNYE

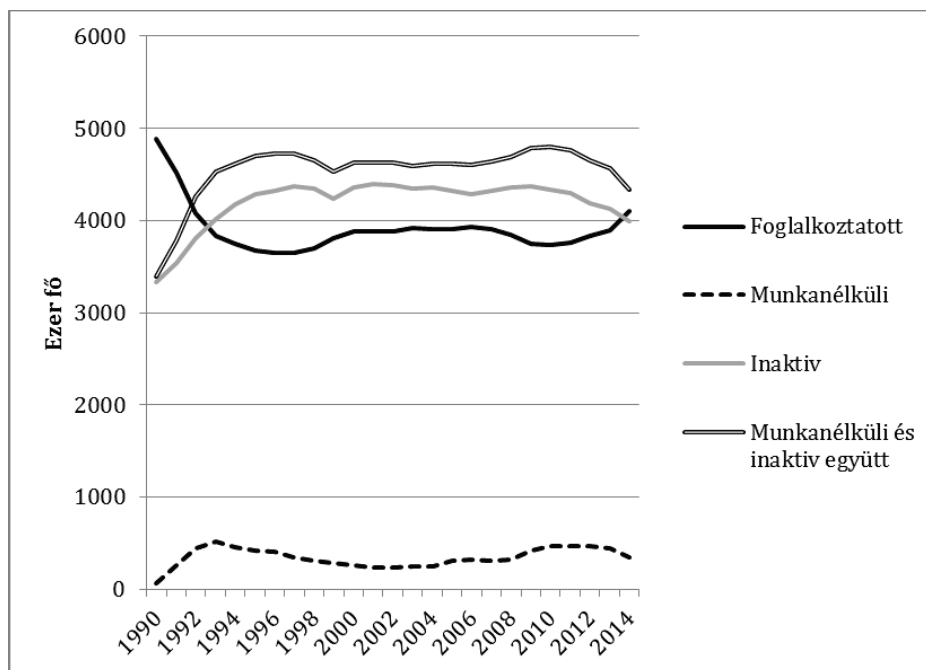
A rendszerváltást követő években a munkaerőpiacról kilépett másfél millió ember, amivel megteremtődött a ma is ismert, 25 éve fennálló munkaerőpiaci helyzet. Sajnos nagyobb részletességgel vizsgálva a foglalkoztatáspolitikát intézkedéseit is csak annyival tehetők pozitívabb kijelentések, hogy nem tudható biztosan, milyen eredményei vannak a vonatkozó programoknak, lévén hogy alig készülnek az aktív eszközökre vonatkozó hatástanulmányok²⁵.

A magyar munkaerőpiaci szerkezet fő problémája az alacsony aktivitási és az alacsony foglalkoztatotti ráta, aminek – egymással összefüggő – keresleti okai a torz gazdasági szerkezet, a gazdaság számos területének alacsony versenyképessége, a kiterjedt rejtett gazdaság, a formális gazdaságban pedig a magas adó- és járulékszint; kínálati oldalon pedig a nagy számú alacsonyan képzett, és földrajzilag is koncentráltan eloszló aktív korú népesség. A munkaképes korú 15 és 64 év közötti lakosságnak 2014-ben a hivatalos statisztikák szerint a 67 százaléka volt jelen a munkaerőpiacon mint foglalkoztatott vagy mint álláskereső, ami a negyedik legalacsonyabb arány az EU-n belül. Az 41. ábra mutatja, hogy az inaktívak és a munkanélküliek száma az aktuális adatok szerint is meghaladja a

²⁵ A magyar munkaerőpiacról való, itt bemutatott információk egy jelentős része az MTA Közgazdaságtudományi Kutatóintézetében dolgozó kutatók publikációiból és az általuk szerkesztett, évenként megjelenő Munkaerőpiaci Tükör c. kiadványokból származik.

foglalkoztatottakét (az ábrázolt népességben a nyugdíjas korúak is szerepelnek). A foglalkoztatottak száma 1996 és 2006 között 300 ezerrel nőtt, de ezt „elmosta” a pénzügyi válság: 2009-re 200 ezer fős csökkenés következett be. Ráadásul mint a részletesebb elemzés megmutatja a korábbi kis mértékű emelkedés kizárólag annak volt köszönhető, hogy nőtt az iskolázottsági szint: az iskolázottság szerinti csoportokon belül semmit nem javult a foglalkoztatottság – vagyis a javulás ha úgy tetszik nem a foglalkoztatáspolitikára, hanem az oktatáspolitikára érdeke (Scharle, 2008a).

41. ábra: A 15 évesnél idősebb népesség megoszlása munkaerőpiaci státusz szerint



Adatok forrása: (Czethoffer, 2014)

2010 után radikális változás következett be, ez azonban egyrészt a közmunkában foglalkoztatottak, másrészt a külföldön dolgozók számának emelkedéséből származik (42. ábra):

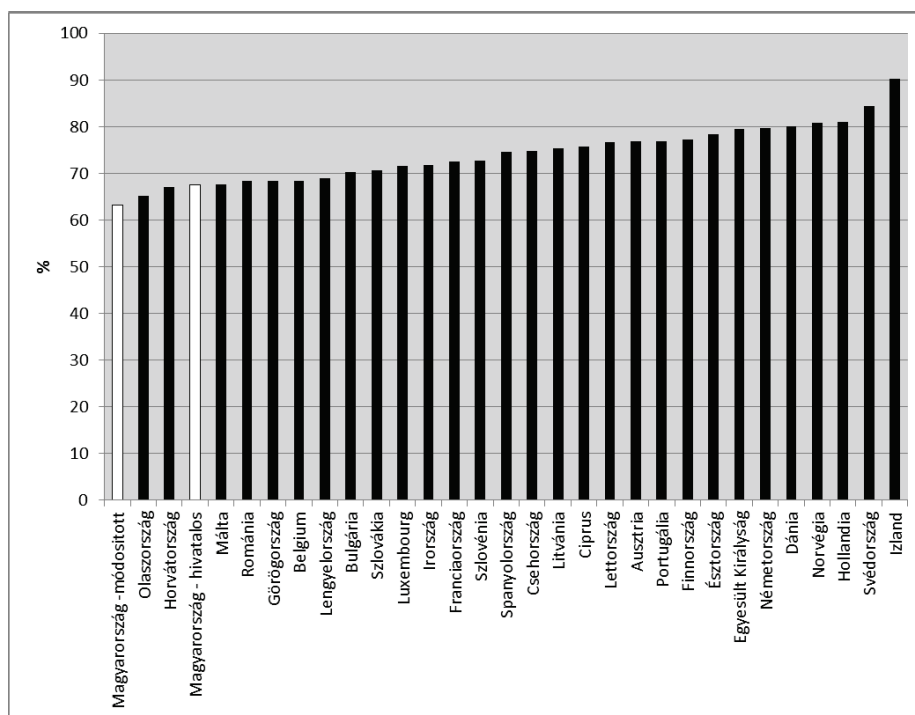
42. ábra: A foglalkoztatottság kumulált változásának dekompozíciója, 2008-2013



Forrás: (MNB, 2013, p. 41)

Ha a közfoglalkoztatottak körülbelül 175 ezer fős táborát (KSH, 2015) nem vesszük figyelembe a foglalkoztatottaknál²⁶, a 15-64 évesek körében a belföldi aktivitási ráta 66% helyett 63%-ra csökken, ami a legalacsonyabb Európában (43. ábra):

43. ábra: a 15-64 éves korosztály aktivitási rátája, 2014



Adatok forrása. Eurostat, lfsi_act_a

²⁶ A külföldön foglalkoztatottak csoportja a többi ország statisztikáiban is szerepel, ezért azt nem hagyom ki a módosított számításból.

3.2.3 KÍNÁLATI MEGKÖZELÍTÉS ÉS A PASSZÍV FOGLALKOZTATÁSPOLITIKAI ESZKÖZÖK

Az alacsony munkaerőpiaci aktivitás problémája több oldalról közelíthető. A probléma egyik, gyakrabban hangoztatott és gondolatilag a magyar közvélemény számára sem idegen oldala annak gazdasági összefüggésrendszere. Eszerint a magas eltartotti ráta miatt magasan kell tartani a közterheket, ez megdrágítja a munkát, a foglalkoztatás (különösképp a relatíve igen drágává váló alacsonyan képzett munkaerő foglalkoztatása) csökken, a munkanélküliség – pontosabban a „köznyelvi” értelemben vett munkanélküliek, a „nem dolgozók”, munkaképes és munkaképes korú nem foglalkoztatottak aránya – nő, őket el kell tartani, emiatt újabb forrásokra, vagyis további közterhek bevezetésére van szükség, és a kör ezzel bezárult. Ehhez a logikához általában a munkanélküliség kínálati oldali felfogása társul az állami szociálpolitika történelmi kezdeteit idéző „hangulati” és szemléletbeli elemekkel. Alapvető például az a feltételezés, hogy a munka nélkül élők (a „segélyesek”, dologtalanok, stb.) valójában nem is akarnak dolgozni, és hogy ennek fontos okai a különböző jóléti juttatások, amelyekben részesülnek²⁷.

A gondolatmenet jellemző, a kilencvenes évek elejétől Európa legtöbb országában teret nyerő szakpolitikai következménye a jövedelempótló ellátásokhoz való hozzájutás feltételeinek szigorítása, illetve az ellátások összegének csökkentése²⁸. Az elmúlt két évtizedben Magyarországon is jobbra ez volt a sorsa a munkanélküli ellátásoknak is, vagyis a biztosítási alapú munkanélküli járadéknak, és a járadékot kimerített, más közösségi eredetű jövedelemre nem jogosult szegények által igényelhető szociális segélynek (Scharle, 2012b). Összegük reálértékben a legtöbb időszakban csökkent, folyósítási idejük nemkülönben, feltételeik egyre szigorodtak (Nagy, 2000; Scharle, 2008b; 2012a) (3. táblázat).

3. táblázat: A munkanélküli járadék juttatásának feltételei, 1991-2015

	Helyettesítési ráta (első szakasz)	Minimális járadékösszeg	Maximális járadékösszeg	Jogosultsági idő	Előírt munkában töltött idő
1990-	70 (1993 és 1997 között 75)%	Minimálbér 80%-a	Minimálbér 3x-osa	2 év	18h/3é (1989-); 12h/4é (1991-
2000-	65%	Nyugdíjminimum 90%-a	Nyugdíjminimum 180%-a	9 hónap	200n/4é
2005-	60%	Minimálbér 60%-a	Minimálbér 1,2-szerese + Minimálbér 60%-a	91 nap + 180 nap	
2011-	60%	-	Minimálbér	90 nap	360n/3é

Adatok forrása: (Scharle, 2012b; Nagy, 2005)

²⁷ Természetesen a jóléti ellátásoknak van munkakínálat-csökkentő hatása (lásd pl. Scharle 2008b, Benedek et al 2006), de messze nem akkora, amekkorát a magyar közvélemény tulajdonít nekik, jellemzően az „érdemtelennek” ítélt, mélyszegénységben élő társadalmi csoportok körében. Erre a kérdésre később, a szociálpolitikával foglalkozó 3.4 fejezetben visszatérek.

²⁸ Ez a „workfare”, a „jóléti csapda” elkerülését, hatásának csökkentését szolgáló, a munkaösztönzést a középpontba helyező közpolitikai irányzat, amely a járadékosság munkával szembeni relatív előnyeinek csökkentését célozza, szemben a klasszikus jóléti állami „welfare” magas színvonalú jóléti juttatásainak időszakával.

Indokoltsági feltétel 2000-ben jelent meg először mint a juttatás feltétele: ekkor a munkanélkülinek a munkakeresésben kellett együttműködnie a munkaügyi intézményrendszerrel, ami Európa-szerte alkalmazott és indokolható elvárás (Ferge, 2012b), (Scharle, 2008b). Mára az érdemesség logikája kiteljesedett: az állami juttatás feltétele a közmunkában való kötelező részvétel, de az önkormányzatoknak lehetősége nyílik egyéb magatartási szabályokat is kikötni, így például a „rendezett lakókörnyezet” nehezen objektivizálható feltételét. Szellemiségében a juttatás felhasználhatóságának korlátozása is ebbe a sorba illik. Mindez a magyar közvéleménynek a segélyezettekkel szembeni bizalmatlan, elítélő, negatív attitűdjéhez (Medián, 2012) illeszkedik, és rendkívül finom technikákkal erősíti a segélyre szorulókat kiszolgáltatottságát, kirekesztettségét, kiintegráltságát és fordítja még inkább szembe őket és a nem segélyezett többséget (Ferge, 2012d), (Ladányi, 2012).

A foglalkoztatottság problémáját alapvetően félreértő szakpolitika hangsúlyos eleme volt a minimálbér drasztikus emelése is először 2001-ben. Ez, akárcsak a szociális támogatás összegének és hozzáférhetőségének csökkentése, a „segély” és a „munkabér” egymástól való távolításának, a bér „választhatóbságának” megteremtését hivatott szolgálni. Miközben a minimálbér-emelés várt hatása a foglalkoztatottság növelése volt, a legújabb elemzések szerint ebben a tekintetben a legjobb, ami elmondható róla, hogy nem csökkentette azt jelentősen (Harasztosi & Lindner, 2015). Korábbi, eltérő módszertant alkalmazó eredmények szerint ugyanakkor a legfeljebb szakmunkásképzőt végzettek körében a 2001-es minimálbér-emelés hatására 3-4, a 2002-es emelés hatására 1,5-2 százalékkal csökkent a foglalkoztatottság átlagosan – a leszakadó régiókban ezt jóval meghaladó mértékben (Gábor R., 2012).

3.2.3.1 MUNKANÉLKÜLI ELLÁTÓRENDSZER ÉS EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT

A társadalmi egyenlőtlenségek, így az egészség-egyenlőtlenségek, valamint az egészségi állapot szempontjából ezek a folyamatok több szempontból is igen károsak. A legtöbb intézkedés hátterében az a feltételezés áll, hogy az alacsony foglalkoztatottság oka a munkakínálat oldalán keresendő, ezért a munkanélküli ellátás „kevésbé választhatóságának” megteremtése tudja növelni a foglalkoztatást. Ez azonban a jelen helyzetben alapvetően téves elképzelés, hiszen a probléma a legtöbb esetben nem a munkakínálat, hanem a foglalkoztathatóság hiánya, vagy annak objektív akadályai (pl. egészségi ok, vagy az, hogy eleve nincs pénze a munkavégzés helyére elutazni valakinek) (Scharle, 2008b; Mózer, et al., 2015). Vagyis a juttatások szűkítésének foglalkoztatás-növelő hatása nem lesz, a szegénységet és az egyenlőtlenségeket viszont jelentősen növelik. Az érdemesség logikájának, a magatartási szabályoknak a meggyökeresedése az ellátórendszerben, a munkanélküliek és szegények „hibásságát” hangsúlyozó közpolitika révén ugyanakkor az egészségi állapotot áttételesen nagyban meghatározó „kemény”, a társadalomszerkezetben gyökerező strukturális hatások összefonódnak a „puhább” elemekkel. Ezek a kultúra, értékek dimenziójában mozognak, és közvetlenül a társadalom valamennyi tagjának pszichoszociális közegére, a társadalmi kohézióra hatnak.

3.2.4 A „FOGLALKOZTATHATATLANOK” PROBLÉMÁJA

A magas inaktivitás másik megközelítése a jelen helyzetben inkább a megértés és megoldás fele orientál, és az inaktívok jellemzőit, a foglalkoztathatatlanság okát, illetve lehetséges feloldásait kutatja. Eszerint a szocializmus egyik terhes öröksége az alacsonyan képzettek nagyon magas aránya, mert a tervgazdaság évtizedeiben alacsony képzettséggel és képességekkel, a ma már elengedhetetlen rugalmasság(ok) nélkül is fenn lehetett maradni – viszonylagos jólétet biztosító, jóllehet, jellemzően makroszempontról fenntarthatatlan, „kapun belüli munkanélküli” pozíciókban – a munkaerőpiacon. A rendszerváltás után az ezeket a – képzettséget nem igénylő – álláshelyeket fenntartó termelés, illetve nem gazdasági szempontokat követő gazdasági rendszer egy csapásra eltűnt, részint piacképtelensége miatt (lásd pl. a nehézipart), részint pedig a mezőgazdaság – konkrétabban a TSZ-ek és az azokhoz kötődő „melléküzemágak” – korábban bemutatott, elhibázott átalakításának, felszámolásának következtében. A megszűnt munkahelyek helyett pedig nem jöttek létre más, hasonló kvalitású munkaerőt igénylő állások, így a korábbi alkalmazottak gyakorlatilag foglalkoztathatatlanná váltak.

Az igazi baj az, hogy ez az elmúlt 22 évben nagyon keveset változott (Scharle, 2012a). Nem épült ki a hatékony, a családból hozott hátrányokat kiegyenlíteni képes, a legelesettebbeket is elérő, és piacképes tudást, pontosabban képességeket, készségeket átadó oktatási, képzési rendszer – ami útjába állhatna annak, hogy a képzetlenség és a képességek ezek a halmozott hiányai továbbörökítődjének²⁹. Nem erősödött meg kellőképpen az ezeket az embereket foglalkoztatni képes, jellemzően kisvállalati szektor³⁰. Szűk körű a felnőttképzés és az átképzés rendszere (Galasi & Nagy, 2012), különösen kevés van hatékony és jól célzott, nem csak a munkaerőpiaci szempontból amúgy is jó helyzetűek „továbbképzését”, hanem a munkaerőpiacról tartósan kiszorultak átképzését, újbóli elhelyezkedésre való képessé tételét szolgáló, lehetőleg komplex képzési és reintegrációs programokból (Scharle, 2008a). Nem csökkentek a bizonyos, jelentős hátrányban levő munkaerőpiaci csoportokat (nőket, romákat) sújtó, súlyos munkapiaci diszkriminációt előidéző előítéletek.

A foglalkoztatás további problémája a fekete- és szürkegazdaság tartósan magas aránya. Ennek a piacnak egy jelentős része éppen a kérdéses, „alacsony színvonalú” munkák által „belakott”: a szolgáltatási szektor vagy az építőipar mindkét terület kiemelt „ágazatai” (Scharle, 2012a).

A fent sorolt, a munkaerőpiacra való belépést megnehezítő körülményeket ráadásul hathatósan támogatták azok a „kiskapuk”, amelyek a rendszerváltás éveiben különösebb megrázkódtatások nélkül vezettek az inaktivitásba: a rokkantnyugdíj és a különféle korhatár előtti nyugdíjak, vagy a hosszú idejű anyasági ellátások („megerősítve” a bölcsődei-óvodai férőhelyek súlyos hiányaival). Ezek azon munkavállalók egy részét is távol tartották a munkaerőpiactól, akik megfelelő adottságokkal rendelkeztek ahhoz, hogy adaptálódjanak és boldoguljanak.

²⁹ Erről részletesebben lásd ennek a fejezetnek az 3.3 alfejezetét.

³⁰ Ennek okairól és körülményeiről a gazdaságpolitikáról szóló alfejezetben részletesen írtunk.

3.2.4.1 A TARTÓS MUNKANÉLKÜLISÉG HATÁSA AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA

A tartós munkanélküliség hatása az egészségre és az egészségi állapot egyenlőtlenségeire összetett, mint azt a 2.2.2 fejezetben részletesebben is bemutattam. Egyrészt, a hatás egy jelentős része a csökkentő háztartásjövedelmen keresztül jelentkezik, amit erősít, hogy a tartós munkanélküliek egy jelentős része olyan háztartásban él, ahol senkinek nincs munkája. Ez determinálja az elérhető életmódot és a fizikai életkörülményeket, és összefüggésben van az egészségkárosító szokások jellemzőivel. Jelentősen felerősíti ezeket a hatásokat, hogy a tartós munkanélküliek többsége alacsony képzettségű, vagyis az iskolázottság hiányából fakadó negatív egészséghatások is jellemzőek rájuk. A munkából való kirekesztődés hatásainak másik része jellemzően pszichoszociális: egyrészt a jövedelemhiány jelentette állandó létbizonytalanság, másrészt az önértékelés sérülése, amit a jövedelempótló juttatások rendszerének fent bemutatott átalakulása, a stigmatizációs és a kiszolgáltatottság növekedése tovább fokoz. Részben ugyancsak pszichoszociális teherként jelentkezik az idő strukturáltságának hiánya.

A dolgozó és nem dolgozó felnőttek közötti egészség-egyenlőtlenségek lehetséges növekedésének van egy további forrása is, éspedig a munkahelyi egészségvédelem lehetséges védő funkciója. A jó minőségű munkahelyeken dolgozók többsége időről időre átesik legalább foglalkozás-egészségügyi vizsgálaton, amiből a nem dolgozók és a feketén vagy rossz minőségű munkahelyeken dolgozók kimaradnak.

3.2.5 A FOGLALKOZTATHATÓSÁG JAVÍTÁSÁT CÉLZÓ PROGRAMOK

A fentiekől eltekintve is meglehetősen rossz a munkavállalóra irányuló aktív munkaerőpiaci eszközök „mérlege”. Ezeknek az eszközöknek a munkanélküli foglalkoztathatósága, motiváltsága, álláskeresési technikája, munkába állásának esetleges akadályai állhat a fókuszában. Az aktív eszközök elvileg számos előnnyel járnak, ezek a klasszikus „hálót adj, ne halat”-elvnek megfelelő állami segítő programok, a gyakorlati tapasztalatok azonban mégsem igazolják ezeket a várakozásokat, aminek több oka is van. Az egyik ok a programok célzása: egy 2008-as vizsgálat szerint az aktív programok egy jelentős része olyan álláshelyek létrejöttét, illetve olyan munkanélküliek elhelyezkedését támogatja, amelyek/akik a program nélkül is létrejöttek illetve elhelyezkedtek volna: a képzési támogatásokat például az eleve is jobban képzetek kapják (Scharle, 2008a).

Dacára az aktív munkaerőpiaci programok jelentős költségeinek, nagyon sokáig semmiféle vizsgálat nem készült arra vonatkozólag, mennyire eredményesen érik el ezek eredeti céljukat, vagyis a munkanélküliség csökkentését, a munkanélküliek álláshoz juttatását. A Munkaerőpiaci Tükör 2011-ben kiemelten foglalkozott ezzel a témával, és a kontrollált vizsgálatok eredményei szerint a legjobban a komplex, képzést, képzési támogatást, munkahelyet, bértámogatást, személyiségfejlesztést is nyújtó programok (illetve egy vizsgált program) nyújt úgy elhelyezkedésben mint az álláskereső fejlődésében illetve közösségfejlesztésben³¹ (Kabai & Németh, 2011). A munkaerőpiaci

³¹ A program vizsgálata, a kötet többi elemzésével ellentétben, kvalitatív, leíró módszert követett, a belőle levonható következtetések köre ezért korlátozott. Az eredmények alapján ugyanakkor mindenképpen érdemes a komplex programokra jóval nagyobb figyelmet fordítani.

szolgáltatások fejlesztése is jelentős hozadékkal járt a vizsgálatok szerint (Cseres-Gergely, 2011).

3.2.6 KERESLETOLDALI FOGLALKOZTATÁSPOLITIKAI ESZKÖZÖK

A munkaerőpiaci kereslet növelése szempontjából valójában az a gazdaságpolitika a legjobb foglalkozáspolitikai eszköz, amelyik – a különböző munkavállalói csoportok szempontjából – kiegyensúlyozott gazdasági növekedést, új munkahelyek létrejöttét eredményezi. Ez azonban meglehetősen ritka: gyakoribb, hogy bizonyos csoportok hátrányba kerülnek a munkaerőpiacon. A keresletoldali programok alapvetően kétfélék. Az egyik lehetőség, hogy az állam bizonyos típusú munkavállalók munkaerő-költségének csökkentése révén igyekszik növelni az ő munkaerejük iránti keresletet. A másik lehetőség, hogy közvetlenül, akár pusztán a munkahelyteremtés céljából teremti az állam munkahelyeket, így biztosítva a munkát bizonyos (földrajzi vagy társadalmi) szegmensekben.

A keresletet fokozó beavatkozások közül a közmunka intézménye az, ami mára Magyarországon a foglalkoztatáspolitikai eszközök között az alacsony jövedelműek jövedelempótlására irányuló szociálpolitika legfőbb eszközévé vált. Itt a közmunka foglalkoztatási hatásait mutatom be, mint jóléti ellátásra a szociálpolitikával foglalkozó fejezetben térek vissza rá.

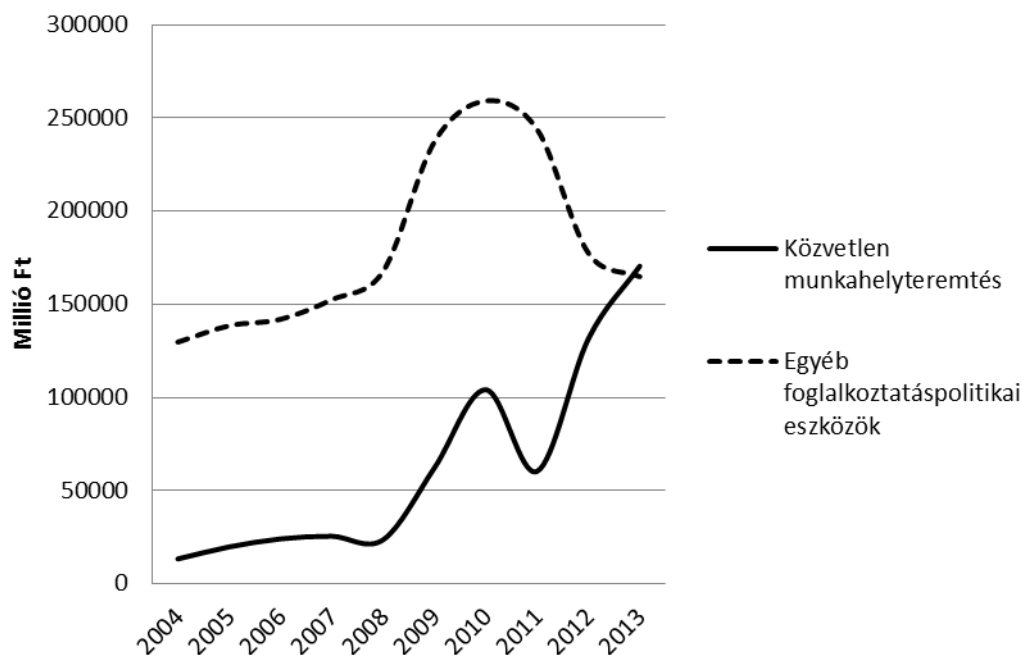
Ma körülbelül egymillió ember él a „munkaerőpiac peremén” Magyarországon, vagyis vagy nincs munkája, vagy van, de bizonytalan és rosszul fizetett, vagy közmunkásként foglalkoztatott. Az olyan háztartásban élők száma, ahol nincs nem peremhelyzetű aktív kereső, másfél millióra tehető (Bakó, et al., 2014). A közfoglalkoztatottak teljes munkaidejű foglalkoztatásra átszámolt átlagos létszáma 2011-ben 53 910, 2012-ben 107 632, 2013-ban 128 323 volt (vagyis ha mindannyian teljes munkaidőben lettek volna foglalkoztatva, egy nap átlagosan ennyien dolgoztak volna közmunkásként) (Bakó, et al., 2014, p. 47).

A közfoglalkoztatás nemzetközi és magyar vizsgálatok szerint sem alkalmas eszköze a foglalkoztatás növeléséért folyó küzdelemnek. Hatékonysága – amennyiben mint foglalkoztatáspolitikai eszköznek az a célja, hogy visszajuttassa az érintetteket a nyílt munkaerőpiacra – más, aktív programokkal összevetve alacsony (Kálmán, 2014), sőt: nem hogy nem javítja eléggé, de csökkenti a piaci elhelyezkedés esélyét (Bakó, et al., 2014). Korábbi elemzések szerint 6-12 hónappal azután, hogy a programból kikerültek, a közmunkások foglalkoztatása alacsonyabb arányú volt, mint azoké, akik nem vettek részt közfoglalkoztatásban (Köllő & Scharle, 2011) (Csoba & Nagy, 2011). Már akkor is jelentős volt a közfoglalkoztatásba való „beragadás” veszélye, vagyis hogy a piaci állások felé való orientálódás helyett a közmunkában résztvevők újra és újra közmunkásként kerülnek foglalkoztatásra (Csoba & Nagy, 2011). Mára az intézményrendszer átalakítása következtében mindezek a hatások jelentősen felerősödtek. A közmunka ma elviekben egyszerre szolgál foglalkozáspolitikai célokat (pl. munkaképesség fenntartása), és szociális célokat (alacsony jövedelműek jövedelempótlása), ami alapvető ellentmondásokat generál az eszköz hatásainak értelmezésében. A workfare-elv mentén erőteljes kényszerek épültek be az ellátórendszerbe. Megszűnt a korábban elvileg csak jövedelemvizsgálathoz kötött szociális segély, helyette a foglalkoztatást helyettesítő

támogatás lépett életbe, igen alacsony összeggel: 2015-ben ez havi 22 800 Ft, melyet egy családban legfeljebb egy személy kaphat. Az ellátás feltételei között az együttműködési kötelezettség mellett szerepel, hogy a kedvezményezetteknek egyrészt évente legalább 30 napot közmunkában vagy más munkaerőpiaci programban részt kell venniük, vagy keresőtevékenységet kell folytatniuk, valamint hogy kötelezően el kell fogadniuk a számukra felajánlott bármilyen munkalehetőséget, beleértve ebbe a közmunkát is. Aki ezeket elmulasztja, elveszti az ellátásra, sőt, a közmunkában való későbbi foglalkoztatásra való esélyét is. Eközben megkezdődött a korábban piaci munkák becsatornázása a közmunka rendszerébe: a közmunkások „kiközvetíthetővé” váltak helyi vállalkozókhoz, és az önkormányzatok is közmunkában végeztetik el azoknak a feladatoknak egy részét, amelyet korábban a piacon keresztül végeztek el. Mindennek többszörös, negatív következményei vannak a helyi munkavállalásra. Egyrészt, a közmunkában való részvételi kötelezettség csökkenti az állástalanok lehetőségét a piaci munkákban való részvételben. Mivel a közmunkából fizetés nélküli szabadságot csak legalább három napos, hivatalos alkalmi munkára való tekintettel kaphat valaki, az egy-két napos alkalmi munkák elérhetetlenné váltak a közmunkások számára. Előfordul az is, hogy a közmunkában való részvétel miatt nem mehet el piaci állásinterjúra a közfoglalkoztatott (Bakó, et al., 2014). Tetézi ezt, hogy a korábban helyben elérhető alkalmi munkák egy részét áttérték a közmunka területére, vagyis a piaci kereslet is csökkent. A feketemunka lehetősége a közmunkások számára elvész, pedig – mint korábban részleteztem – a fekete munka bizonyos értelemben jó eszköze a hivatalos munkaerőpiacra való visszajutásnak, amennyiben valódi piaci helyzetben, a foglalkoztatás szempontjából releváns tulajdonságok függvényében kerül elosztásra. A közmunkába való „beragadás” felé terel a jövedelmek kiszámíthatatlansága is. Maga a közfoglalkoztatási bér – ami lényegesen alacsonyabb a minimálbérnél: 2015-ben 79 155 Ft szemben a 105 000 Ft-os minimálbérrel – nagyon alacsony szintű megélhetést biztosít, és ezt is csak azokban az időszakokban, amikor van közmunka. Mivel a köztes időszakokban az informális foglalkoztatás a közfoglalkoztatásra és a foglalkoztatást helyettesítő támogatásra való jogosultság elvesztésével járhat, az érintettek ekkor is inkább arra vannak ösztönözve, hogy igyekezzenek újra közfoglalkoztatásba kerülni (Bakó, et al., 2014). Eközben nő azoknak a száma, akik semmilyen ellátásban nem részesülnek (Scharle & Szikra, 2015).

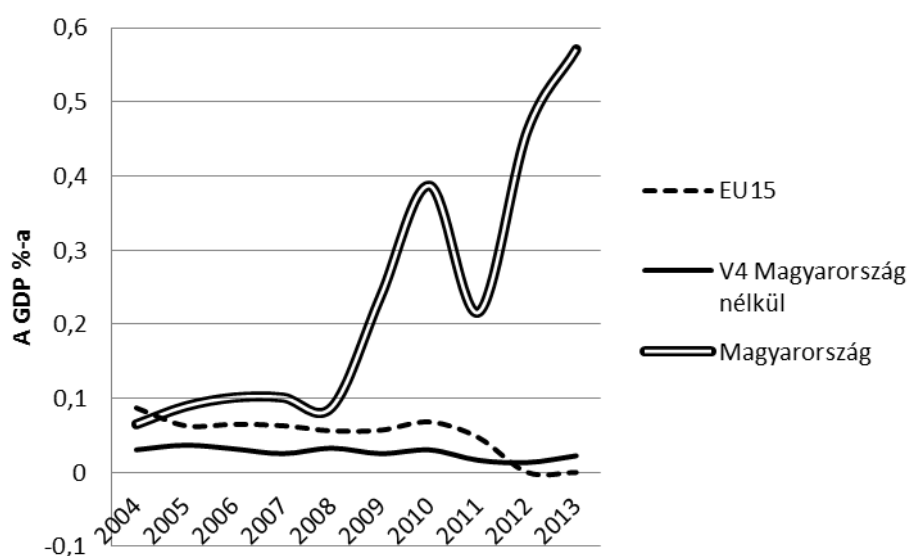
Mindennek fényében szakmailag kétségtelen, hogy a közfoglalkoztatás súlyának növelése se foglalkoztatáspolitikai, se a társadalmi kohézió szempontból nem tekinthető helyes döntésnek. A konjunkturális okokból fellépő keresletcsökkenés kezelésének lehet alkalmas, átmeneti eszköze, de a közmunkában foglalkoztatottak jellemzőiből egyértelmű, hogy Magyarország esetében nem erről van szó: a közmunkában résztvevők itt strukturális okok miatt maradnak ki a piaci foglalkoztatásból (Bakó, et al., 2014). Ugyanakkor az is egyértelmű, hogy a jelenlegi politikai elkötelezettség ezen program mellett olyan erős, hogy a szakmai ellenérvek súlytalanná válnak mellette. A 44. ábra látható, hogy a közmunkarendszer működtetése már 2013-ban is többbe került, mint amennyit a kormány összesen egyéb foglalkoztatáspolitikai eszközökre költött. A 45. ábra pedig azt mutatja, hogy erre mennyire nincs példa sem a régi, sem a V4-es új EU-tagállamokban:

44. ábra: A közmunkára és a foglalkoztatáspolitikai egyéb eszközeire összesen fordított kiadások folyó áron, millió Ft-ban



Adatok forrása: Eurostat DG EMPL adatbázis

45. ábra: A közvetlen munkahelyteremtésre fordított költségvetési kiadások a GDP arányban



Adatok forrása: Eurostat DG EMPL adatbázis

3.2.6.1 A FOGLALKOZTATÁSPOLITIKA JELENLEGI TRENDJEINEK EGÉSZSÉGHATÁSAI

Mindennek az egészségi állapotra vonatkozóan összetett hatásai vannak. Egyrészt, minden más tényező változatlanságát feltételezve a közmunkának is lehetnek pozitív egészséghatásai a szociális izoláltság oldása, az idő strukturálása, a hasznosság érzetének megteremtése révén. Amennyiben alkalmas ezekre, pozitívan járulhat hozzá az érintettek egészségi állapotához, következésképp az egyenlőtlenség csökkentéséhez is. Ide

sorolhatnánk a pozitív jövedelmi hatását, de mint fent leírtam, e tekintetben inkább a bizonytalanságot és a kiszolgáltatottságot növeli.

Másrészt, lévén hogy az aktív korúak esetében jövedelmi és pszichoszociális szempontból is alapvetően az a kívánatos állapot, hogy a nyílt munkaerőpiacon tudjanak elhelyezkedni, az ezt nem segítő, vagy éppen akadályozó foglalkoztatáspolitikai egészséghatása feltételezhetően negatív az érintettek, és az egészség-egyenlőtlenségek szempontjából is.

Hosszabb távon és tágabb kontextusban tekintve a foglalkoztatáspolitikai eszközrendszerének alakulását továbbá felsejlik a munkaerőpiac teljes szegregáltsága, ahol az állami ellátórendszer körülbelül egymillió embert egyszer s mindenkorra „leír” a nyílt munkaerőpiacon foglalkoztathatók közül, belekényszerítve őket a közmunka intézményébe. Ez a munkavállalói korú népesség 15 százaléka. Ezen folyamatok hatása az egészségi állapotra és az egyenlőtlenségekre feltételezhetően ugyancsak negatív. Tovább súlyosbítja a helyzetet, hogy a Belügyminisztérium adatai szerint 2015 októberében közel 1500 volt a 18 év alatti közmunkások száma az országban, 2015 első 10 hónapjában pedig összesen több, mint 2500 kiskorú vett részt közmunkán (Élő, 2015; G. Tóth, 2015). Ez a szám a leginkább deprivált megyékben (Borsod-Abaúj-Zemplén és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében) volt a legmagasabb. Ezen adatok és az idézett újságcikkekben olvasható személyes beszámolók alapján létező, és az egyenlőtlenségek hosszú távú alakulása szempontjából rendkívül riasztó jelenség, hogy a szegénység miatt a tankötelezettségből „kinövő” gyerekeket egy részét a szüleik kiveszik az iskolából, hogy közmunkásnak állhassanak, ahonnan kiút – a fentiek alapján – feltehetően nekik sem vezet.

3.3 OKTATÁSPOLITIKA

A foglalkoztatás lehetőségeinek meghatározó faktora az oktatás, elsősorban a közoktatás minősége. Az oktatási rendszer jelentősége az egészségi állapot és az azzal kapcsolatos egyenlőtlenségek alakulásában éppen ezért alapvető. A foglalkoztatásra (és ezen keresztül, áttételesen, a jövedelemre és az egészségre) gyakorolt hatása kiemelten fontos, de az egészséggel, életmóddal kapcsolatos ismeretek, a kommunikációs készségek elsajátítása – amelyek például az egészségügyi rendszerben való „érvényesülést” lehetővé teszik – révén is az egészséget és az azzal kapcsolatos egyenlőtlenségeket befolyásoló, jelentős tényező.

3.3.1 A KÖZOKTATÁS ÉS AZ OKTATÁSPOLITIKA JELLEMZŐI

A magyar közoktatási rendszer – egészen a 2003-ban indult közoktatási reform kezdetéig – az elterjedt tévhittel ellentétben igen rossz teljesítményt nyújtott, rossz szerkezetben és elavult pedagógiai elvek mentén. Ezt mutatták az 1960-as évektől készült, az oktatás minőségét a tanulói teljesítménnyel mérő felmérések, jelentések (Csapó, et al., 2014), rendelkezésre álltak például a lemorzsolódás, vagy a 15 és 24 év közötti, nem tanuló és nem dolgozó népesség egyre nagyobb arányát mutató statisztikai adatok, amelyek rámutattak az oktatási rendszer utóbbi időben egyre súlyosabb deficitjeire és sürgették a változtatást, az azonban nem történt meg. A 2000-es PISA-felmérés a fentiekkel együtt is

váratlan, mondhatni sokkoló eredménye volt csak elég a döntéshozók ingerküszöbének átlépéséhez (Kelemen, 2003).

A súlyos hiányosságok egyik része a konkrét pedagógiai tevékenység, az alkalmazott módszerek, az elsajátíttatni kívánt tananyag körével és természetével kapcsolatos. A tanári szakma presztízse és anyagi megbecsültsége már az 1960-as – 1970-es évektől alacsony volt, és ez semmit nem változott a rendszerváltás után sem (Fónai & Dusa, 2014). A másik, ezzel szorosan összefüggő problémakör pedig az iskolarendszernek mint a társadalmi problémák kezelésében, az egyenlőtlenségek alakulásában és az esélyegyenlőségben kiemelt szerepet játszó intézménynek a teljesítményével.

3.3.1.1 A HÁTRÁNYOKAT FELERŐSÍTŐ ISKOLA

Utóbbi problémakör központi eleme, hogy – mint arról korábban már szoltunk – a magyar iskolarendszer felerősíti a családból hozott egyenlőtlenségeket ahelyett, hogy funkciója szerint csökkentené azokat. Ennek (Havas, 2008) szerint négy alapvető, legnagyobb mértékben a halmozottan hátrányos társadalmi csoportokat érintő ok áll a háttérben. Az első ok a szegregáció, vagyis a halmozottan hátrányos helyzetű gyerekek elkülönítése „saját” iskolákba, osztályokba, kiségitőbe, amire lehetőség van. Másrészt, szélsőségesen egyenlőtlen az így szegregált, vagy akár csak gazdagabb vagy szegényebb településen lévő iskolák humán és tárgyi erőforrásokkal való ellátottsága. A rosszabb helyzetű iskolákban ugyanannyi pénzért sokkal nehezebb munkát kell végeznie a pedagógusoknak, ezért éppen ide, ahol sokkal magasabb szintű szakmai felkészültségre volna szükség, kerülnek a rosszabb képességű tanítók-tanárok. A harmadik ok, hogy Havas szerint a pedagógustársadalom egyébként is „lemondott” ezekről a gyerekekről, vagyis hogy nagyon kevés olyan pedagógus van, akinek nem az a meggyőződése, hogy a halmozottan hátrányos helyzetű gyerekek lemaradásait, hiányosságait pedagógiai eszközökkel pótolni nem lehetséges. A negyedik Havas által megjelölt ok, ami bizonyos értelemben fenntartja ezt a struktúrát, a középosztály „igénye” a szegregációra – amihez a szabad iskolaválasztás tárja szélesre a kapukat.

Az iskolai szegregációt részben a települési szegregáció „természetes”, más eszközökkel kezelendő következménye: a szegregált falvak, településrészek esetében nem nagyon áll rendelkezésre másfajta népeség, akivel „oldani” lehetne a szegregáltságot. A 4. táblázat: Leszakadó kistérségek és gettósodás az ebből a szempontból legrosszabb helyzetű kistérségek néhány adata olvasható³²:

³² A szegregációt a legtöbb kutatás a roma népeség koncentráliódását illetően vizsgálja, illetve értelmezi. „Egyszerűen” roma-problémának aposztrofálni mindezt azonban jelentősen torzított percepciót eredményez: a roma-probléma valójában a szegénység és az előítélet interferenciájának eredője. A szegregátumokban élők egy jelentős része nem roma, de a külvilág őket is romának tekinti. Ugyanígy, a románok jelentős része él nem szegregált lakóhelyeken, jobb életkörülmények között: őket gyakran nem tekinti romának a külvilág.

4. táblázat: Leszakadó kistérségek és gettósodás

KISTÉRSÉG	A GETTÓ- ÉS GETTÓSODÓ TELEPÜLÉSEK ARÁNYA ¹	A FOGLALKOZTATOTT NÉLKÜLI HÁZTARTÁSOK ARÁNYÁNA K TELEPÜLÉSI ÁTLAGA ²	A ROMA TANULÓK ARÁNYA AZ ÁLTALÁNOS ISKOLÁS NÉPESSÉGBEN ³	GETTÓISKOLÁK ARÁNYA ⁴
ABAÚJ-HEGYKÖZI	20,8	68,9	40	40,0
BODROGKÖZI	35,3	62,1	37	35,7
ENCSI	48,6	70,1	51	36,8
EDELÉNYI	23,9	68,7	45	22,7
MEZŐCSÁTI	11,1	61,6	21	20,0
ÓZDI	34,5	58,8	41	21,9
SÁROSPATAKI	11,8	61,4	22	18,8
SZIKSZÓI	29,2	65,7	38	30,8
SZERENCSI	27,8	57,9	27	21,1
HEVESI	41,2	59,4	42	42,9
CSENGERI	27,3	63,1	21	12,5
FEHÉRGYARMATI	20,4	64,6	38	17,2
MÁTÉSZALKAI	30,8	58,6	30	20,0
NYÍRBÁTORI	35,0	65,9	30	21,7
VÁSÁROSNAMENYI	22,2	62,7	33	21,7
SARKADI	8,3	64,7	22	33,3
SÁSDI	29,6	55,4	37	28,6
SELLYEI	48,6	57,9	46	33,3
SZIGETVÁRI	34,8	57,2	26	20,0

¹ Több iskola- és óvodakutatás során az önkormányzatoktól begyűjtött becslült adatok figyelembevételével készült becslés. Gettótelepülés: romák aránya 50 százalék felett, gettósodó: romák aránya 30 százalék felett.

² Összes település átlaga 48,1 százalék.

³ Becslés az 1992/1993-as oktatási statisztika (akkor szerepeltek utoljára a roma tanulók létszámára vonatkozó adatok) és két, roma tanulók helyzetét vizsgáló kutatás (HAVAS-KEMÉNY-LISKÓ, 2002; HAVAS-LISKÓ, 2006) adatai alapján. A roma tanulók aránya a teljes általános iskolás népességben 15 százalék (JANKY-KEMÉNY-LENGYEL, 2004).

⁴ Gettóiskola: a roma tanulók aránya 50 százalék felett.

Forrás: (Havas, 2008, p. 124)

A szegregáció szofisztikáltabb módjai is jelen vannak az iskolarendszerben. A homogenizálásra való törekvés, vagyis a hasonló képességű tanulók szétválogatása régi tradíció a magyar – de messze nem csak a magyar – iskolarendszerben (Kelemen, 2003). Indíttatása általában tökéletesen jóhiszemű („a gyerekek érdekében” történik), holott igazolt, hogy se a rossz, se a jó képességű tanulóknak nem szolgálja a javát. Ráadásul a képességfelmérések megbízhatatlan eredményei (és a gyermeki képességek gyors változásokra való hajlama...) miatt nem is igazán megvalósítható (Csapó, 2008).

3.3.1.2 A KÖZOKTATÁS SZÍNVONALA

Ami a közoktatás tartalmát illeti, annak egyik fő problémája az ismeretközpontúság a kompetenciaalapú irányultság helyett, már az iskolarendszer legelső éveiben is. Hozzáteve, hogy az alsó tagozatban – a kötelező beiskolázás merev, naptári dátumhoz kötődő rendszere miatt – akár 5-6 életévnyi különbség is lehet az egykorú, együtt tanuló gyerekek fejlettségében, ami összefügg társadalmi státuszukkal, kiviláglik, hogy a kompetenciák fejlesztésének hiányosságai mekkora jelentőséggel bírnak. Miközben a gyerekek egy (szerencsésebbik) része már ekkor rendelkezik az ismeretanyag elsajátításához szükséges alapokkal vagy akár többel is, a többiek, akik családjukban nem, vagy csak kisebb mértékben sajátíthatták el ezeket a készségeket, képességeket, már a kezdetekkor végérvényesen lemaradnak. A hagyományos pedagógia – például

ugyanannyi *időt* biztosítva minden gyereknek arra, hogy elsajátítson egy bizonyos ismeretanyagot – szükségszerűen növeli az egyenlőtlenségeket, szemben a kompetenciaalapú pedagógiával, ami az alapkészségek kialakítását mindennél fontosabb célnak tekinti ebben az életkorban, és nem a rá szánt *idő*, hanem az elért *eredmény* egyenlőségére törekszik (Nagy, 2008).

Mindezen problémák gyökere javarészt a közoktatást érintő hatékony beruházások elmaradása az elmúlt évtizedekben: az alacsony fizetések miatt a tanári pálya presztízse is alacsony (Fónai & Dusa, 2014), ezért egyre gyengébb képességűek a tanárként végzők, ráadásul a nekik átadott pedagógiai módszerek is elavultak. Az iskolák közti egyenlőtlen források hátterében is az összes forrás átgondolatlan, a szükségletekre nem – pontosabban nem a szükségletekre – reflektáló elosztása áll. A rendszerváltás óta sokat rontott az iskolarendszer teljesítményén annak decentralizáltsága, és az egységes felügyeleti rendszer leépítése is (Scharle, 2012a): a jobb helyzetű önkormányzatok képesek színvonalas oktatás fenntartására, a szegényebb (rosszabb helyzetű népesség által lakott) települések iskolái ezzel szemben – vállvetve az önkormányzatokkal – a puszta fennmaradásért küzdenek.

A 2003-ban bevezetett közoktatási reform éppen annak irányában tett jelentős lépéseket, hogy az iskolarendszer a leginkább hátrányos helyzetű társadalmi csoportokból származó gyerekek kirekesztésének aktív előidézője helyett ezeknek a gyerekeknek az esélyévé válhasson. Változás fő iránya a tanárok pedagógiai ismereteinek, készségeinek fejlesztése, megújítása, a kompetencia-alapú oktatásmódszertan meghonosítása és a különböző képességű gyerekek integrált tanításához szükséges módszerek átadása, azzal a kiemelt céllal, hogy a hátrányos helyzetű gyerekek is részesülhessenek jó minőségű oktatásban (Scharle, 2012a). A reform koncepcióját szülők és tanárok nagy elemszámú mintáján „tesztelték” kvalitatív és kvantitatív módszerekkel³³: az eredmények egyértelműen igazolták, hogy az általános iskola feladata mind a szülők, mind a tanárok szerint az alapkészségek kifejlesztése, valamint a készségfejlesztés és a tanulás megszerettetése volna, amely feladatokat ez az iskolatípus a vélemények szerint nem teljesít, ezzel szemben fölösleges információkkal terheli túl a gyerekeket. A közoktatási reformtól ugyanakkor mindkét csoport az alapkészségek és a tanulási képességek általános iskolai fejlesztésének javulását várta (Double Decker Kft., 2003). A PISA-eredmények ezt követő enyhe javulása a matematikai és a szövegértési teljesítményben (OECD, 2014a) valószínűsíti, hogy a reform valóban jó irányba indította a közoktatást. A 2009-ben bevezetett óvodáztatási támogatás – a hátrányos helyzetű családok gyerekeinek mihamarabbi fejlesztését célozva – ugyancsak a 2003-ban megkezdett reform logikájába illeszkedett.

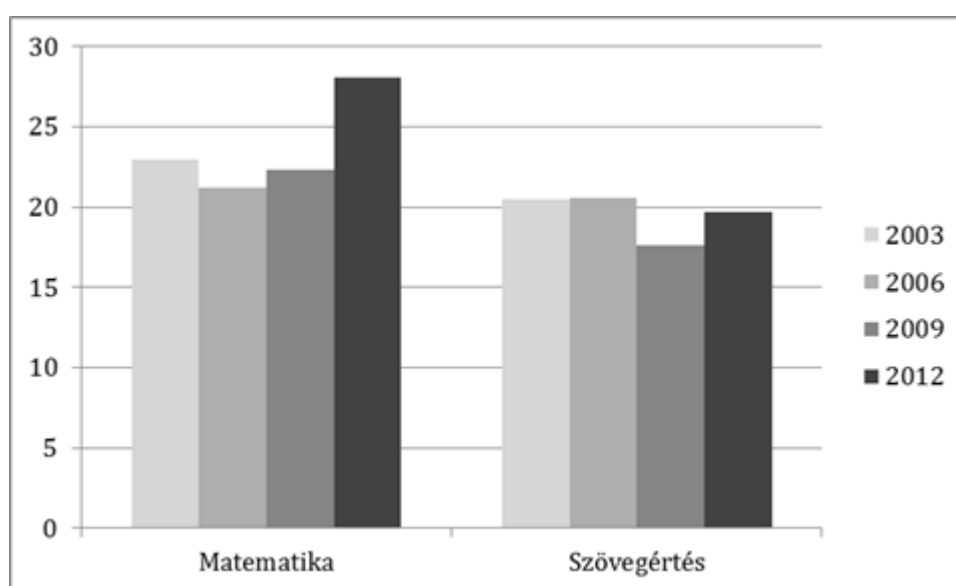
A 2010-től regnáló oktatási kormányzat mindazonáltal teljesen új (illetve sok szempontból inkább régi) irányt szabott a közoktatásnak. A tartalmi változásokról és azok közvetlen hatásairól átfogó elemzés tudtommal még nem készült. A fő trendek a központosítás, az iskolai és pedagógusi autonómia megszüntetése a gazdálkodástól a tankönyvek megválasztásán keresztül a konkrét tananyagig, valamint a kapacitások szűkítése és a pedagógusok terhelésének növekedése. Bár az új Nemzeti Alaptanterv tartalmaz előremutató gondolatokat is, alapvetése szerint a legapróbb részletekig leírja a

³³ A kvalitatív kutatás keretében 18 fókuszcsoportos beszélgetést folytattak le a kutatók, a kvantitatív kutatás keretében 750 szülőt (általános és/vagy középiskolás gyerekekkel rendelkezőt) és 400 tanárt kérdeztek meg kérdőíves módszerrel.

kötelezően megtanítandó, és nagyon nagy mennyiségű közművelődési tartalmat, ennél fogva semmi lehetőséget nem ad a pedagógusoknak szabadon és a szükségleteknek megfelelően kialakítani a saját, helyi, differenciált tantervét (Lannert, 2012). Ez, még ha a hátrányos helyzetű vidékeken tanító pedagógusoknak volna is a differenciálásra és a szükségletekhez igazodó, kreatív pedagógiai megoldásokra affinitása, éppen a legrosszabb helyzetű gyerekeket hozhatja még elesettebb helyzetbe.

Ami az oktatási rendszer teljesítményét illeti, a PISA eredmények alapján az átlagos matematika- és szövegértés-teljesítményt illetően a magyar diákok 2012-ben az OECD átlaga alatt teljesítettek. A 46. ábra a 2-es szintet el nem érők aránya látható a különböző években matematikából és szövegértésből:

46. ábra: Azon tanulók aránya a PISA különböző hullámaiban, akik matematikából illetve szövegértésből nem érték el a 2-es szintet



Forrás: (OECD, 2014)

A 2003-mat követő lassú javulás után a 2012-es eredmények újabb romlást mutatnak – a matematikateljesítményben kiugró módon. A változás irányától eltekintve is látható, hogy a magyar diákok ötöde gyakorlatilag funkcionális analfabéta, ami az oktatási rendszer súlyos minőségbeli problémáira hívja fel a figyelmet.

Az elmúlt évek oktatáspolitikájának domináns strukturális irányzata azoknak a képzeteknek, képzési formáknak, irányoknak a visszaszorítása, amelyeket a kormányzat valamilyen okból nem tart támogatandónak – így például egyetemi szakokat, szaktudást nem kínáló középfokú képzést, vagy hogy 18 éves korukig iskolába járjanak olyan gyerekek, akik erre nem motiváltak. Oktatáskutatói vélemények szerint mindennek hátterében nem szakmai, hanem politikai és költségvetési szempontok állnak (Radó, 2012; Kardos, 2016), viszont súlyos társadalmi következményekkel járnak az említett átalakítások.

3.3.2 AZ OKTATÁSI RENDSZER HATÁSA AZ EGÉSZSÉGRE

Az egészségi állapot szempontjából számos beavatkozás kulcsfontosságú. A tankötelezettség határának leszállítása 18-ról 16 évre több más, kisebb jelentőségűnek tűnő, elsősorban az iskolarendszerben történő előrehaladást megkönnyítő intézkedést érintő változtatással együtt fokozza a hátrányos helyzetű gyerekek lemorzsolódását (Radó, 2011a). Az alsó-középfokú, vagyis a szakmát igen, érettségit nem adó szakiskolai képzés átalakítása (pl. hogy időtartama egységesen 3 évre rövidült, a közismereti tárgyak óraszama pedig heti 6-ra csökkent) a használható szakma elsajátítását nem, a használható és szükséges készségek és képességek – tanulni tudás, rugalmasság, alkalmazkodóképesség – hiányát viszont szinte biztossá teszi. Az újabb, a rosszabb teljesítményű tanulók „támogatására” létrehozott intézményi formák, például a még tanköteles, de nem továbbtanuló tanulóknak célzott Híd-program a szegregációt, a hátrányos helyzetű gyerekek „távol tartását” erősítik (Radó, 2011a). A normatív finanszírozás bérfinanszírozássá alakítása egyéb, számos hátrányai mellett megszünteti az iskolák érdekeltségét újabb tanulók felvételében, aminek várhatóan szintén a hátrányos helyzetű gyerekek lesznek a kárvallottjai (Radó, 2011b).

Az oktatási rendszer mint a kulcs az egyenlőtlenségek csökkentéséhez és az egészségi állapot javításához tehát évtizedek óta diszfunkcionálisan működik. Hatásai az egészségi állapotra összességében, vagy a jobb helyzetű társadalmi rétegeket illetően lehetnek pozitívak úgy a közvetett mint a közvetlen hatások révén. Az egyenlőtlenségeket viszont bizonyosan jelentős mértékben növelik, ez pedig az átlagot is „lehúzza”. A hátrányos helyzetű társadalmi csoportok gyerekei feltehetően továbbra is rövidebb ideig vesznek részt az oktatásban, és ezalatt is lényegesen alacsonyabb szintre jutnak el, mint a jobb „erőforrás-ellátottságú”, magasabb státuszú gyerekek. Ez a későbbi munkaerőpiaci lehetőségeikre, jövedelmükre, következésképp egészségi állapotukra is kétségkívül negatív hatást gyakorol. Ráadásul az alacsonyabb státuszú gyerekek többségének a kudarc lesz az alapélménye az iskolában töltött éveiben: vagyis az, hogy „rosszabb”, mint mások, hogy nem képes teljesíteni az elvárásokat. Ez pszichoszociális adottságaikra és körülményeikre, például a stresszel való megküzdési képességükre, és ezen keresztül az egészségükre lehet jelentős hatással. Az iskolázottság közvetlen egészségvédő hatásából is kevésbé részesülnek.

3.4 A JÓLÉTI ELLÁTÁSOK FŐ JELLEMZŐI ÉS HATÁSUK A TÁRSADALMI STRUKTÚRÁRA ÉS AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA

Az alfejezet a rendszerváltás óta eltelt két évtized társadalompolitikájának azon vonásait mutatja be, amelyeknek az egészségre és az egészséggel kapcsolatos egyenlőtlenségekre ható tényezők alakulásában kiemelt szerepük volt illetve lehetett. A korábban már bemutatott logikának megfelelően itt elsősorban a szűkebben vett szociálpolitika, jóléti rendszer intézményeit, az azokat érintő változásokat mutatom be. Ezek elsősorban különféle jóléti juttatások, amelyek a társadalom tagjainak jövedelmet biztosítanak, ha azok más forrásból bizonyos váratlan vagy társadalmilag méltányolt események – például betegség, baleset, a munkahely elvesztése, gyermek születése, öregség – miatt nem tudnak (elégletes) jövedelemhez jutni. Ezek a juttatások hivatottak megvédeni az embereket az elszegényedéstől, ha a fenti események valamelyike bekövetkezik. Életkörülményeik és biztonságérzetük mellett ugyanakkor, másrésről, munkaerőpiaci kínálatukat is befolyásolják.

A fejezetben kiemelt fókusz irányul a társadalom legalján élő, különféle becslések szerint fél- és egymillió fő közötti, mélyszegénységben élő emberre, köztük több százezer gyerekre³⁴. Az ő helyzetük jelen témánk szempontjából azért kiemelten fontos, mert az egészségi állapot egyenlőtlenségeiből fakadó terhek java részét Magyarországon ők hordozzák: miközben a jobb helyzetű rétegek egymáshoz képesti relatív lemaradása jellemzően az egészségi állapot-mutatók *javulásának* eltérő mértékében mutatkozik meg, addig a társadalom legalján élők esetében előfordul az egészségi állapot-mutatók *romlása* is. Az, hogy az újabb és újabb generációknak igen jelentős hányada szegénységben (és az azzal együtt járó hiányok és megfosztottságok közepette) nő fel pedig végeláthatatlanná teszi a problémát.

3.4.1 EGYENLŐTLENSÉGEK ÉS SZEGÉNYSÉG A KÖZBESZÉDBEN – KÖVETKEZMÉNYEK A STRUKTÚRÁBAN

A szegénység a szocializmus kori, az évtizedek előre haladtával egyre kevésbé következetes szőnyeg alá söpröttség után a rendszerváltáskor egy csapásra nyilvánvalóvá – egyúttal igen súlyossá – vált. Az Antall-kormány idején ennek ellenére – a válság és a válság negatív társadalmi következményeinek átmenetiségébe vetett hit birtokában – nem tekintették a szegénységet és a munkanélküliséget komoly problémának. Az elit, a döntéshozók egy része abban bízott, hogy hamarosan bekövetkezik a fellendülés és a jólét majd magától „leszivárog” a társadalom alsóbb rétegeibe is; másik részük pedig teljesen érzéketlennek mutatkozott a szegénység és a társadalmi egyenlőtlenségek növekedése iránt. A hosszabb távú társadalmi és politikai következményekkel rövidlátó módon egyik csoport sem számolt.

³⁴ A szegénység definíciós problémáival itt nem foglalkozom. A kirekesztés, mélyszegénység, kiilleszkedettség, társadalmon kívüliség, stb. fogalmait a dolgozatban azonos jelentéssel, erre a fél-egymillió emberre és az ő szociológiai jól megragadható helyzetükre használom. A definíciós problémával kapcsolatban lásd például (Tausz, 2008; Ferge, 1985), stb.

A jóléti rendszer alapja a társadalombiztosítás, ezt egészíti ki a rászorultságra épülő, szelektív és reziduális segélyezési rendszer. Mindez kiegészül az univerzális, illetve bizonyos objektív életkörülmények fennállása esetén bárkit megillető ellátások szűk körével³⁵. A struktúra mögötti feltételezés az volt, hogy a népesség jelentős része számára a munkaerőpiaci részvétel alapértelmezett marad, és biztosítani fogja a megélhetéshez szükséges erőforrásokat. Csakhogy ez a várakozás nem teljesült, és ez súlyosan erodálta a szerzett jogok és a rászorultság közti választóvonalat: a rendszerváltáskor különböző jogcímenek nyugdíjba vonulók jelentős része például, bár formailag egy szerzett jog alapján jutott ellátáshoz, valójában a munkaerőpiacról való kívülrekedés elől menekült mintegy a nyugdíj valamely formájába, ezért tartalmilag az ellátása nem sokban különbözött például a rendszeres szociális segélyben részesülőkétől. A tartalmi mellett kialakult fogalmi zűrzavart példázza, hogy a köznyelv néhány kivételtől eltekintve „segélynek” hív minden állami juttatást – nemcsak a ténylegesen rászorultsági alapú juttatásokat (például a – már nem létező – rendszeres szociális segélyt), hanem azokat is, amelyekre a kedvezményezett meghatározott idejű járulékfizetés révén szerzett jogot (például a – már szintén nem létező – munkanélküli járadékot). Ez alól éppen a nyugdíjszerű ellátások jelentenek kivételt, holott a rendszerváltást követően tartalmukban éppen ezek egy része sodródott a legközelebb a valódi segélyekhez.

A különböző társadalmi juttatásokra való jogosultsági szabályok puhulásának, egymásba oldódásának, bizonyos ellátások esetében a jogosulatlan igénybevétel feletti szemet hűnyás hosszú ideig tartó gyakorlatának természetes folyománya volt, hogy népesség széles, és kifejezetten nem a legrosszabb helyzetekben élő rétegei kezdtek igényt tartani a jóléti rendszer ellátásaira (Szalai, 2002). Miközben az egyenlőtlenségi létra alsó fokain állók juttatásai nem biztosítják a megélhetés, a felsőbb jövedelmi decilisek tagjai is jelentős mértékű juttatásokban részesülnek (Krémer, 2012; Scharle, 2008b; Benedek, et al., 2006).

A tranzíciós válság következményeit átmenetinek tekintő politika jegyében az inaktivitás „szubkultúrájának” kialakulása nagyban hozzájárult ehhez a jelenséghez. Az azóta súlyos tehernek bizonyuló, nagy mértékű inaktivitás a rendszerváltás éveiben a társadalmat érő sokk tompításában, a lakosságra zúduló terhek súlyának csökkentésében fontos szerepet játszott. Csakhogy ezeket az ellátásokat illetve utakat néhány év után – különösen hogy a várt mértékű fellendülés nem érkezett el – ki kellett volna vezetni a jóléti rendszerből, ami – részben a politikai felismerés illetve elszántság hiánya (Scharle, 2012a), részben pedig a juttatások középosztályi, politikailag nagy súlyú haszonélvezői, illetve a jóléti rendszer saját önérdekei miatt (Szalai, 2002; Szalai, 2007) – nem történt meg³⁶.

³⁵ Jellegzetesen ilyen volt kialakításakor a családi pótlék, amit időközben többször teljesen átalakítottak, rászorultsági alapúvá tettek (a Bokros-csomag részeként), iskolalátogatási támogatássá vált részben (első Fidesz-kormány, majd 2010-től újra), indexálása hol megszűnt, hol újraéledt (2008-ban ismét megszűnt). (Ferge, 2012b)

³⁶ Az elmúlt néhány évben kitűnő tanulmányok sora jelent meg Magyarországon, amelyek mind arra keresik (illetve adják meg) a választ, hogyan lehet a ma munka nélkül élő tömegeket újra képessé tenni arra, hogy dolgozzanak. Jelen tanulmány sem keres ennél „újyszerűbb” megoldásokat. Ugyanakkor világszerte egyre többen hívják fel a figyelmet arra a nagy, trendeken átívelő trendre, amely során a munka lassan eltűnik: egyre kevesebb emberi munkára lesz szükség a szükségletek kielégítéséhez kellő javak megtermelésére. Ez a strukturális munkanélküliség újabb, mindeddig ismeretlen dimenzióját jelenti, amivel idővel minden országnak – és a fejlett országoknak, köztük Magyarországnak legelőször – szembe kell néznie. (A „munka vége” [End of Work] teóriával kapcsolatban lásd például Claus Offe írásait.)

A szegénységről és az egyenlőtlenségekről formálódó diskurzus a kezdeti időkben jellemzően nem a társadalom legalján levők szempontjai szerint értelmezhető szegénységre reflektált, hanem a rendszerváltás következtében a társadalom legtöbb rétege által megélt deprivációra. A közös, külső okok előidézte szegénységnek ez az érzete egyaránt gyökerezhetett konkrét jövedelem-csökkenésben, a létbizonytalanság radikális, részben természetesen valós, de vélt, torzított percepción alapuló elemekkel is felnagyított növekedésében, a várt életszínvonal-növekedés elmaradásában, a „nyugathoz” viszonyított, csökkenni nem akaró lemaradás okozta frusztráltságban, vagy éppen a rendszerváltás – ismét csak vélt vagy valós – „nyerteseihez” képesti alulmaradásban. Mindezen tényezők egy része teljesen valóságos, még az is, hogy a megközelíteni kívánt „nyugat” életszínvonalához, jövedelméhez képest a magyarok egy jelentős része még szociológiai értelemben is valóban „szegény”, vagy hogy 2014-ben 3,5 millióan éltek a KSH által kalkulált (2015-ben megszüntetett, (KSH, 2015)) létminimum³⁷ értéke alatt. Mások ugyanakkor azt hangsúlyozzák, hogy minél szélesebb rétegeket vonunk be – ha a megfelelő mutatók szerint mégoly jogosan is – a szegénység közös „táborába”, annál inkább relativizáljuk azoknak a helyzetét, akik a társadalom peremén vagy onnan már kiszorulva, minőségileg másfajta, nem a relatív európai, hanem a dél-amerikai vagy akár afrikai típusú szegénységben élnek (Szelényi & Ladányi, 2004; Ágoston, et al., 2008; Ladányi, 2012).

Annak felismerését, hogy a (mély)szegénység tömeges és súlyos következményekkel fenyegető jelenség, jelentősen késleltette a szociális ellátások önkormányzati szintre való delegálása is (Scharle, 2012a). Ezzel a lépéssel ugyanis az „összefüggő, nagy társadalmi problémák darabokra törtek” (Lakner, 2011) – és ezzel együtt láthatóságuk, mérhetőségük, kezelhetőségük is jelentősen csökkent. A láthatatlanná válást fokozza a szegénység „gettósodása”: nem csak a térségi egyenlőtlenségek mentén „csoportosulnak” a szegények az ország bizonyos tájaira, hanem települési szinten és a településeken belül is (Ladányi, 2012). Sőt: egy teljes külön világ jön létre a szegények számára, ami szintén a probléma helyi szintre való delegálásának, és a helyi politikai érdekek érvényesülésének a közvetlen folyománya. Az önkormányzatok önérdeke egyszerűen azt diktálja, hogy a konfliktusok elkerülése, és a jobb helyzetű állampolgárok komfortérzete érdekében inkább teremtsenek saját intézményeket, óvodákat, iskolákat, orvosi rendelőket és kórházakat, szociális boltokat és „turkálókat” a szegényeknek (Szalai, 2002). Ez a folyamat az egészséggel kapcsolatos egyenlőtlenségek számos megnyilvánulását fedte el, az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek drasztikus növekedésétől addig, hogy jómódú és szegény egészen más eséllyel és egészen eltérő minőségű egészségügyi ellátáshoz jut hozzá.

Időközben, az első Orbán-kormány idejére stabilan beindult gazdasági növekedés nyomán kiviláglott, hogy az „elszegényedők” tömegeihez valóban lecsurog a jólét, és ők rendelkeznek azokkal az erőforrásokkal, hogy képesek legyenek talpra állni – a szegények szűkebb, de növekvő létszámú, és immár alig látható csoportja viszont mindebből semmit nem érzékel, helyzetük semmit nem javul, sőt, romlik (Szalai, 2002).

Az ezredfordulóra az újraelosztás részarányának csökkentésére való törekvés holtpontra jutott. A jóléti kiadások iránti igény nem csökkent, egyre nőtt viszont a piaci szereplők és

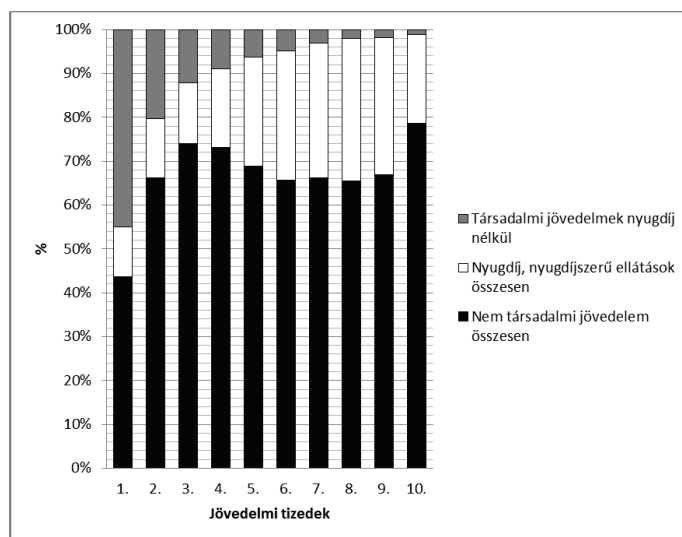
³⁷ A létminimum számításának alapja a mindenkori „minimális” fogyasztói kosár volt, vagyis nem relatív, hanem abszolút értéken adta meg a fennmaradáshoz szükséges jövedelem nagyságát.

a nemzetközi szervezetek részéről a nyomás az állami kiadások visszaszorítására. Ebben a helyzetben logikus lépés a „láthatatlanoktól” venni el: erősíteni a rászorultsági elvet, majd egyre szűkíteni az így hozzáférhető ellátások körét, színvonalát. Ezzel együtt a Fidesz első kormányzásának nagy újdonsága volt, hogy a jóléti rendszer „inverz újraelosztását”, vagyis hogy a magasabb jövedelműek több jövedelemhez jutnak általa, mint a szegények, programszintre emelte a középosztályiság zászlóra tűzésével. A segélyezési rendszer szűkülése, a munkanélküli ellátások szigorítása mellett ((Kőnig, 2004), idézi (Tausz, 2008)) ez ideológiai köntöst is öltve leginkább a családtámogatás rendszerében érhető tetten: a legszegényebbeket – adóköteles jövedelem híján – el nem érő adókedvezmény hangsúlyának növelésében, vagy a családi pótlék iskoláztatási támogatássá alakításában. Ezek az intézkedések különösen nagy mértékben sújtották a gyerekes családokat, és nagyban hozzájárulhattak ahhoz, hogy a gyerekes családok a szegények egy jellegzetes típusává váltak (lásd pl. (Gábos & Szívós, 2002)). Ez, a gyerekszegénység „jövőt fölemészítő”, a gyerekek felnőttkori esélyeit, többek között egészségét is súlyosan károsító hatásai miatt témánk szempontjából többszörösen is jelentős és káros fejlemény. Az újraelosztás „kifordítottságához” jelentősen hozzájárult a költségvetést aránytalan mértékben megterhelő támogatott lakáshitelek bevezetése is: a hitelek révén kiosztott SZJA-kedvezményeknek például a 60 százalékát a legtöbbet adózó 20 százalék kapta meg, a legalacsonyabb jövedelmű 60 százalék pedig a juttatások 20 százalékán osztozott (Hegedüs & Somogyi, 2004).

3.4.1.1 ELLÁTÁSOK ÉS CÉLZOTSÁG

A magyar jóléti rendszer hagyományosan jelentős összegeket juttat az eleve tehetős rétegeknek. A 47. ábra alapján míg a legszegényebb tized bruttó jövedelmének majdnem 60, addig a leggazdagabb tizedének is még több mint 20 százaléka a jóléti újraelosztásból származik:

47. ábra: A jövedelem összetétele a jövedelem forrása szerint (2013, százalék)

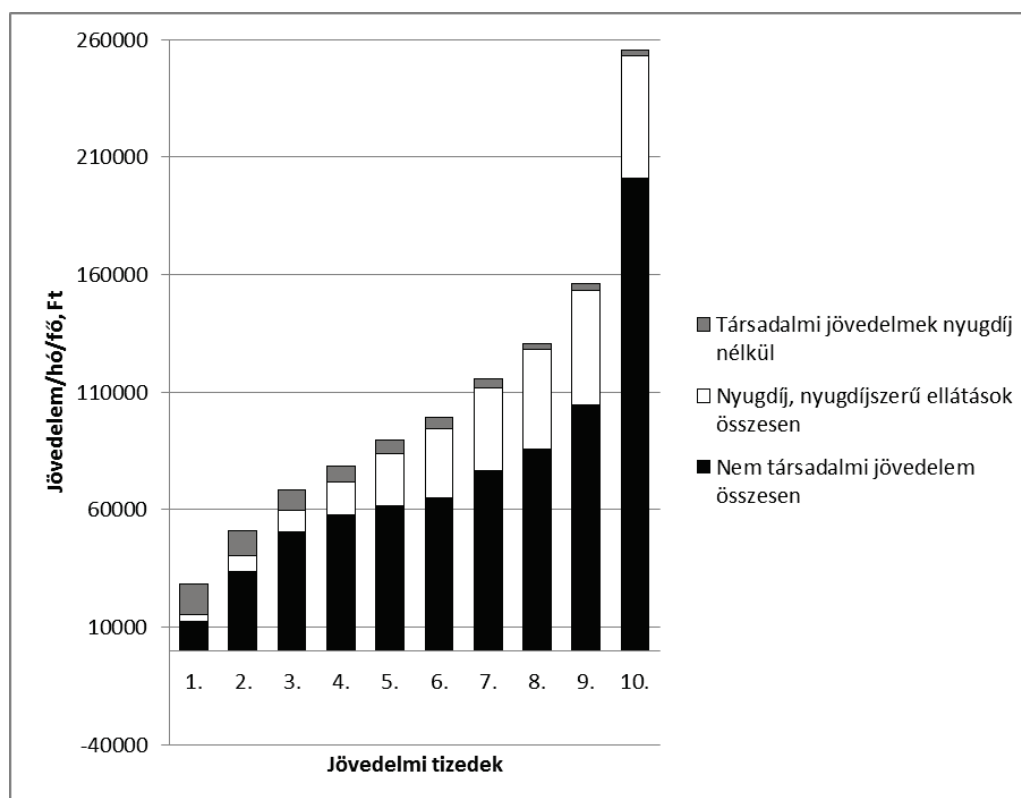


Adatok forrása: http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_zhc012.html

A jelenség a nyugdíjak esetében a leghangsúlyosabb: a jövedelmi létrán felfelé haladva egészen a nyolcadik jövedelmi tizedig egyre nagyobb részét teszik ki a jövedelemnek a nyugdíjak. Mivel a nyugdíj elsődleges funkciója nem a jövedelmi egyenlőtlenségek csökkentése, hanem járulékfizetés fejében a korábbi jövedelmi szint fenntartása, a

társadalmi igazságosság szempontjából való megítélése ebben a logikai keretben maradván nem releváns³⁸. Ennek megfelelően ha a nyugdíjat nem vesszük figyelembe, a jobb módúak jövedelmén belül jelentősen csökken a társadalmi jövedelmek aránya, de csak az 4. tized esetében csökken 10, és a 6. tizednél 5 százalék alá (48. ábra):

48. ábra: A különböző forrásokból származó egy főre jutó havi jövedelem megoszlása jövedelmi tizedenként (2013)



Adatok forrása: http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_zhc012.html

A magas jövedelmű tizedek ilyen nagy arányú részesedése a jóléti ellátásokból azt jelenti, hogy azoknak az erőforrásoknak egy részét, amelyeket a társadalmi egyenlőtlenségek csökkentésére, vagy az azokból fakadó hátrányok, például az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek mérséklésére lehetne fordítani, a magyar társadalom ezeknek az egyenlőtlenségeknek a növelésére költi.

A jóléti rendszer egyik legtöbb ellenérzést kiváltó eleme a rendszerváltás óta eltelt idő túlnyomó részében univerzális családi pótlék (lásd pl. az alacsony jövedelműek véleményét a családi pótlék univerzalizálásáról: (Connex Kft., 2012). A várakozásokkal ellentétben azonban a családi pótlék az egyik legjobban célzott, vagyis a rászorulóknak többségéhez eljutó, magas jövedelműeket viszont csak kis mértékben támogató családi juttatás (Benedek, et al., 2006), (Ferge, 2012a). A magyarázat abban rejlik, hogy a

³⁸ Ezzel együtt, a társadalom előregedése és a szegénységi mintázatok átrendeződése, amelyek során a nyugdíjasok gyakorlatilag eltűntek a szegények közül, míg a gyermekesek egyre nagyobb arányban vannak ott jelen, merőben új helyzetet teremtenek, és ebben a helyzetben a megoldás szükséges feltétele az idősek partneri felelősségvállalása: a nyugdíjkorhatár kitolása, akár az időskori jólét részleges feladása, és általában, a társadalom munka- és tehermegosztásában való aktívabb részvétel. Ez azonban a nyugdíjrendszer jelenlegi keretein változásokat tesz szükségessé.

gyerekes családok között nagyon magas a „rászorulók”, az átmenetileg vagy tartósan jövedelmi szegénységben élők aránya. Amikor a Bokros-csomag megszüntette az ellátás univerzalitását, mindössze a családi pótlékot kapók 10 százaléka esett el a juttatástól magas jövedelme okán. Az univerzális juttatás ellenben a családok 97-98 százalékához eljut, szemben a segéllyel, amelyhez csak a rászoruló családok körülbelül 70 százaléka jut hozzá³⁹ (Ferge, 2012b).

Domináns jelenség volt az inverz újraelosztást megvalósító állami ellátások megjelenése vagy erősödése az első Fidesz-kormány idején: az 1999-ben bevezetett családi adókedvezmény és a 2000-ben induló, és 2002 tavaszán jelentősen „kiszélesedő” államilag támogatott lakáshitelezési rendszer is kifejezetten a magasabb jövedelműeket célozta (Darvas & Mózer, 2004; Hegedüs & Somogyi, 2004). Hegedüs és Somogyi (2004, p. 206) becslése szerint a lakáshitelezés szabályzását alapul véve az új lakásokat illetően potenciálisan a források 7 százalékát szerezhetheték meg a legalsó jövedelmi ötödbe tartozók, míg a legfelső jövedelmi ötöd tagjai azok 45 százalékát; a használt lakások tekintetében ezek az arányok 13 és 35%. Hegedüs (2006) számításai szerint 2003-ban a lakáshitelezéssel kapcsolatos támogatások több, mint 60%-át a lakosság legfelső jövedelmi ötöde kapta meg.

A 2002-től kormányon lévő szocialisták jóléti rendszert érintő intézkedéseinek egy része a baloldali eszmerendszernek megfelelő, a társadalmi egyenlőtlenségeket mérséklő, az egyenlőség jegyében értelmezett társadalmi igazságosságot szolgáló lépés volt (Ferge, 2006): így például a családtámogatási rendszer átalakítása úgy, hogy a juttatások jelentős részét a gyakorlatilag minden családhoz eljutó családi pótlék összegébe „csoportosították át”. Emellett azonban számos kevésbé baloldali, inkább a liberális hagyományban gyökerező, vagy még inkább – az idő előre haladtával egyre hangsúlyosabban – semmilyen hagyományban nem gyökerező, mindössze a gazdasági szükségszerűségek által „sugallt” intézkedést vezettek be (Lakner, 2010). Ettől függetlenül is jelentős a relatíve jobb módú rétegek javára történő redisztribúció, amely mintegy a szegények támogatásának feltétele, az ahhoz szükséges társadalmi szándék és a társadalom rétegei közötti viszonylagos béke megteremtésének záloga jelenik meg (Ferge, 2006). Ferge Zsuzsa és munkatársai 2010-ig valamennyi rendszerváltás utáni kormány szociális törvénykezését megvizsgálva⁴⁰ arra jutottak, hogy a 2006 óta alkotott szociális jogszabályok inkább negatív hatással vannak a szociális és emberi jogokra és a redisztribúció terjedelmére. A kifejezetten szándékoltan a szegényeket sújtó redisztribúciós mintázatok kialakítása a 2010-ben hatalomra lépett kormány esetében került először túlsúlyba a rendszerváltás óta (5. táblázat):

³⁹ A szelektív, vagyis feltételekhez – elsősorban jövedelmi plafonhoz – és igényléshez kötött segélyek felvételi arányát, vagyis hogy mennyien kapják azt meg a jogosultak közül valóban, számos tényező befolyásolja: a segély ismertsége, a hozzáférés nehézségei (az igénylés benyújtásához utazni kell, iratokat beszerezni, hivatalokat, ügyintézőket felkeresni, stb.), a segély összegének és a hozzájutás költségeinek aránya, stb.

⁴⁰ A vizsgálat nem terjedt ki a ciklusok valamennyi jogszabályára, csak egy, a kutatók szerint jellemző, a legnagyobb hatású jogszabályokat elemző mintára.

5. táblázat: A redistribúció szándékolt hatása a különféle jövedelmű társadalmi csoportokra

	Szegények		Közepes jövedelműek		Jómódúak		Mindenki (univerzális hatás)	
	+	-	+	-	+	-	+	-
1. ciklus	3	3	0	0	0	0	11	0
2. ciklus	10	3	2	2	0	1	6	2
3. ciklus	4	4	3	0	2	0	1	4
4. ciklus	11	3	0	0	0	1	6	0
5. ciklus	7	5	1	1	0	1	0	4
6. ciklus	3	8	4	3	4	1	0	4

Forrás: (Ferge, 2012c)

Megjegyzés: A vizsgált jogszabályok egyes társadalmi csoportokat érintő szándékolt redistribúciós hatásai – A számok azt mutatják, az adott ciklusban vizsgált jogszabályok közül hány érintette, az adott csoportot a táblázatban jelzett módon pozitívan vagy negatívan

Az inverz újraelosztást megvalósító leghatásosabb intézmények 2010 után jellegzetes módon az adóügyi jóléti rendszerhez kötődnek. Az egykulcsos SZJA-rendszer bevezetése, az adójóváírás kivezetése, az (előző ciklushoz kötődő) superbruttósítás, a járulékulcsok emelése és a gyermekek után járó adókedvezmények rendszere összességében jelentős nagyságú jövedelmet csoportosít át a magasabb jövedelműekhez (Benczúr, et al., 2011; Tóth G. & Virovác, 2012). Eszerint a 2011-es viszonyok között az egykulcsos adó bevezetése 444 milliárd forinttal csökkentette az adóbevételeket, amely „juttatás” háromnegyede a társadalom leggazdagabb húsz százalékánál maradt, jellemzően gyermekteleneknél (Tóth G. & Virovác, 2012).

Jogosultsági feltételeinek kialakítása miatt várhatóan jelentős inverz újraelosztást valósít majd meg a Családi Otthonteremtési Kedvezmény (CSOK) is (Csernus, 2016; azenpenzem.hu, 2016), bár részletes elemzések még nem állnak rendelkezésre ezzel kapcsolatban.

3.4.1.2 A SZOCIÁLIS ÁLLAMPOLGÁRISÁG VÉGE – ELVILEG IS

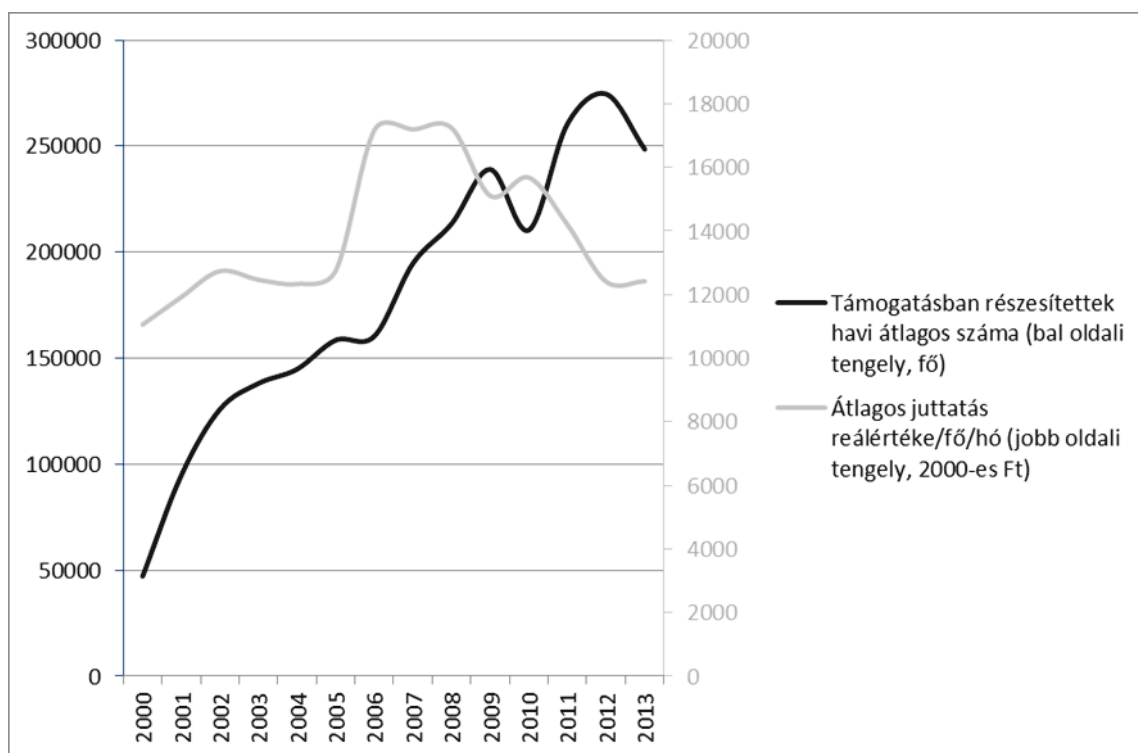
A jóléti rendszer, bár – mint az alfejezet bevezetőjében említettem – sose volt nagyon bőkezű, de szellemiségében, legalábbis a jogszabályok szintjén, többnyire igazodott a nyugat-európai országok szociális jogokat és szociális állampolgáriságot hangsúlyozó megközelítéséhez. Az implementáció során az elvek nem teljesültek maradéktalanul (lásd például Szalai Júlia számos, a jóléti ellátórendszer éppen a szándékokkal ellentétes működésmódjait bemutató, általam is idézett írását), de 2008-ban végleg lekanyarodott a magyar szociális igazgatás a jogokat hangsúlyozó útról és a kötelezettségeket helyezte a középpontba (Lakner, 2012), 2010 után pedig ez az irányzat kezdett egyre nagyobb mértékben kiteljesedni. A legfontosabb szimbolikus állomás a szociális állampolgáriság gyengítésének folyamatában az Alkotmány 2012-es átalakítása volt. Ezt megelőzően a szociális biztonság minden állampolgárnak *jogként* járt – 2012-től kezdve, bár az állam *törekszik* a biztonság megteremtésére, de nem vállal azért felelősséget (Lakner, 2012).

A workfare irányát célul tűző „jóléti” fordulat legfontosabb eszköze a jóléti juttatások „kevésbé választhatóságának” érvényre juttatása a lehető legtöbb területen (Scharle & Szikra, 2015), vagyis a jóléti juttatások vonzerejének és elérhetőségének csökkentése a piaci, elsősorban munkavégzésen alapuló megélhetéssel szemben. Ez az elvben a formállogika és a szociálpolitika-elméleti szakirodalom alapján védhető fordulat a

gyakorlatban a jóléti ellátások végletesen alacsony színvonalúvá és/vagy nehezen elérhetővé tételét jelentette, miközben az érintett területeken, az érintett emberek számára elérhető munkalehetőség – a közmunkán kívül – nincs. Szigorodtak a különböző ellátások jogosultság feltételei, például a jogosultságszerzéshez elegendő szolgálati idő hosszának növelése a munkanélküli járadék esetén. Ugyancsak csökkent a (különböző átnevezéseken átesett) munkanélküli járadék adható összege, de ennél sokkal nagyobb jelentőségű, hogy a korábbi 9 helyett 2011-től csak 3 hónapig folyósítható (Mózer, et al., 2015). A tartós munkanélküliek korábbi legalapvetőbb juttatása, a rendszeres szociális segély 2015-ben, több csökkentést és részleges átalakítást követően megszűnt, illetve megszűnt munkaképes emberek ellátása lenni. A munkaképes tartós munkanélküliek ettől kezdve csak a közmunkához kötött foglalkoztatást helyettesítő támogatásra lehetnek jogosultak, amennyiben teljesítik annak, a közmunkát bemutató szakaszban már leírt feltételeit.

Az elmúlt hét évben jelentősen csökkent az alacsony jövedelműeknek szánt pénzbeli ellátások reálértéke (49. ábra):

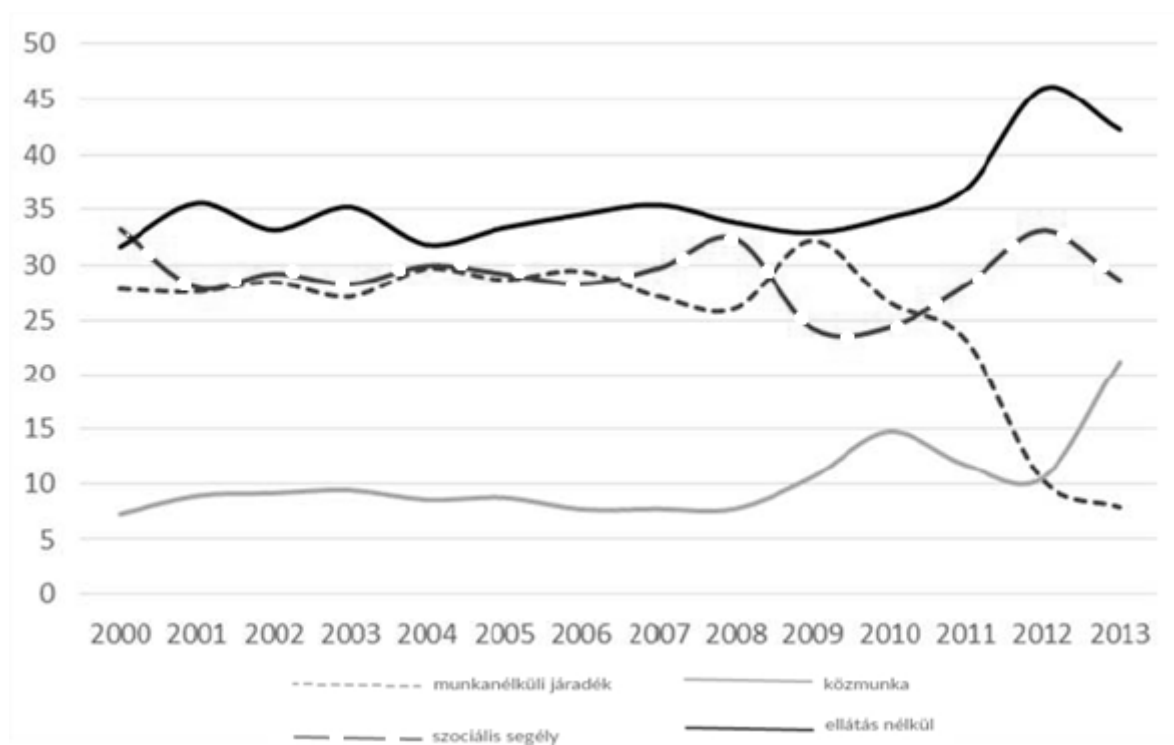
49. ábra: A rendszeres szociális segélyben vagy foglalkoztatást helyettesítő támogatásban részesülők havi átlagos száma és a támogatás egy főre jutó havi átlagos összege 2000-es árakon számolva



Adatok forrása: KSH

Az is valószínű, hogy egyre többen maradnak teljesen ellátás nélkül. Az 50. ábra szerint 2013-ban a regisztrált munkanélküliek több, mint 40%-a nem kapott ellátást:

50. ábra: A munkanélküli járadékban, a rendszeres szociális segélyben vagy annak megfelelő ellátásban részesülők, a közmunkában résztvevők, és azok aránya a regisztrált munkanélküliek között, akik semmilyen ellátást nem kapnak



Forrás: (Scharle & Szikra, 2015, p. 28)

Mindezek mellett 2015. márciusától négy további ellátási forma, a lakásfenntartási támogatás, az adósságcsökkentési támogatás, a méltányossági közgyógyellátás és a méltányossági ápolási díj is megszűnt mint központilag szabályozott juttatás, jöllehet az önkormányzatoknak szabadságukban áll továbbra is folyósítani hasonló tartalmú támogatásokat. Bár ezek az ellátások nem voltak olyan széles körűek illetve nagy volumenűek, mint a fentiekben bemutatottak, eddig közel félmillióan kaptak lakhatási támogatást, és körülbelül tízezren adósságcsökkentési támogatást. E két ellátásra vonatkozóan (Kováts, 2015) szerint bár az önkormányzatok igyekeztek helyettesíteni ezeket az ellátásokat, de sokkal kisebb volumenben és kevésbé igazságos módon elosztva.

3.4.1.3 A SZEGÉNYELLENESSÉG MEGJELENÉSE

A szociálpolitika ideológiai irányváltásai összefonódnak a közvélemény és a közbeszéd erőteljes tematizálódásával. Részben a szegénység láthatóságon kívülre távolodásának, részben a népesség jelentős része által így vagy úgy érzékelt bizonytalanságnak és fenyegetettségnek, és az ezzel gyakran együtt járó bűnbakképzésnek a következménye a szegénységgel és az egyenlőtlenségekkel kapcsolatos társadalmi közbeszéd jellegzetes mozzanata, az önhibás és/vagy érdemtelen szegénységről szóló. Egy kutatásban szegényeket és a szegénység által veszélyeztetetteket kérdeztek a szegénység okairól: az eredmények szerint a kérdezettek *általában* társadalmi okoknak tulajdonítják a szegénységet, *konkrét esetekben, saját környezetükben* ellenben inkább látnak meg egyéni jellemzőket, hibás döntéseket a szegénnyé válás hátterében. A cigányok szegénységének megítélése eltér ettől: esetükben általánosságban is inkább tételeznek fel önhibát, bár a diszkrimináció létét ismerik és elismerik (Conness Kft., 2012).

A szegényekkel szembeni előítéletek másik, korántsem új, de egyre erőteljesebb vonulata az „érdemtelenség” koncepciója, amely magától értetődőnek tekintti, hogy a segélyért cserébe a szegényeknek aktívan „együtt kell működniük”, vagyis a segélyre nem elég rászorulni, azt ki is kell érdemelni. Ez esetben a mögöttes, kifogásolt gondolat természetesen az, hogy „maguktól” a szegények nem tennék meg mindazt, amit a segélyért cserébe elvárunk tőlük: nem keresnének munkát, nem tartanák „rendben” a portájukat, nem járatnák iskolába a gyerekeiket – ami nyilvánvalóan nem általános jellemzője a szegényeknek, ráadásul ezen magatartásokat más jogszabályok megfelelően szabályozzák (a tankötelezettséget például a Köznevelési Törvény, stb.). Nem meglepő, hogy a megkérdezettek szerint komoly probléma az is, hogy a segélyezettek nem megfelelő dolgokra költik a segélyt. Ráadásul a vélekedés szerint a segélyezettek egy jelentős része valójában nem is szorul rá a segélyre (a megkérdezettek 37 százaléka szerint kevesebb, mint a segélyezettek 40 százaléka rászorul), vagyis a rendszer tömegesen csalókat tart el (Connex Kft., 2012). A szegényekkel szembeni ilyen bizalmatlanság légkörében a döntéshozók eljuthatnak a különféle érdemességi kritériumok alapfeltétellé tevéséig, a segélyezettek/szegények önrendelkezésének korlátozásáig, a szegénység kriminalizálásáig – de csak ha a társadalmi és politikai elit jelentős része partner ebben (Tausz, 2008). Az elmúlt néhány évben Magyarországon egyre inkább partnerré vált. A szociálpolitika legelesettebbekkel foglalkozó összetevőinek távolodása az európai tradícióktól normává vált Magyarországon (Scharle & Szikra, 2015).

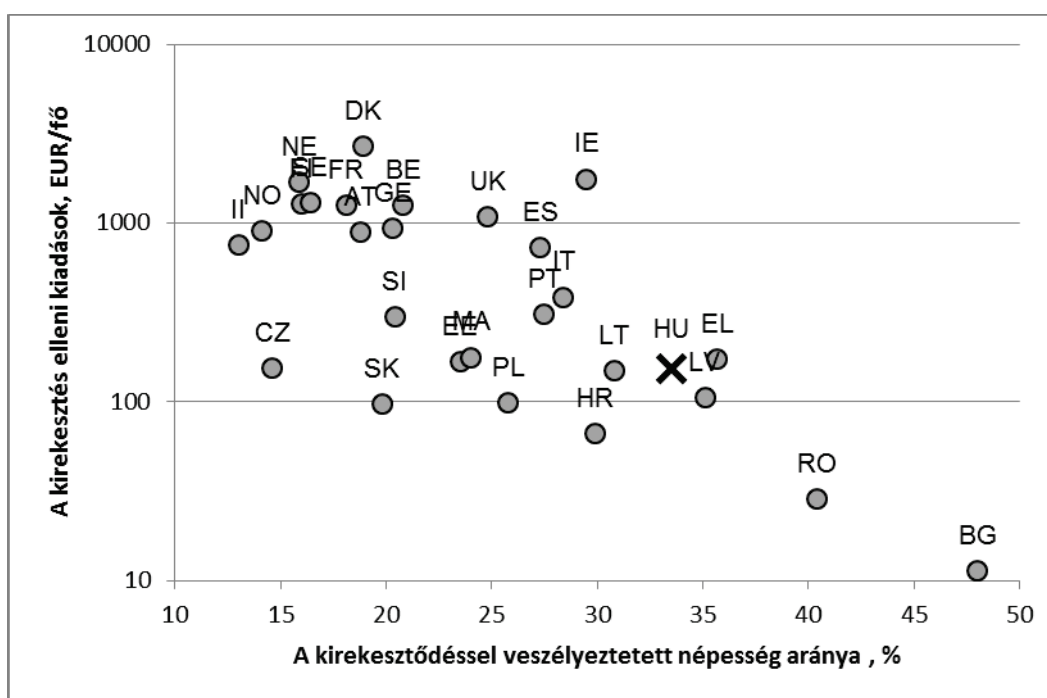
2010-től áll önkormányzatoknak jogában különböző viselkedési szabályokat (jellemzően a ház, lakás, udvar rendben tartását) meghatározni a szociális segély feltételeként. Ferge Zsuzsa gyűjtése szerint az önkormányzatok meg is teszik ezt (Ferge, 2012). Ebbe a sorba illeszkedik a családi pótlék iskoláztatási támogatássá alakítása is, amely – amennyiben a gyerek egy meghatározott óraszámnál többet hiányzik – megvonható a családtól (Lakner, 2012). Ugyancsak a szegények „megrendszabályozásának” újabb eszköze, hogy 2013 szeptembere óta nem csak az zárható ki a közmunkából és törölhető a munkanélküli regiszterből, aki nem fogadja el a felajánlott közmunkát (Mózer, et al., 2015), hanem az is, aki nem tartja rendben a portáját/lakását, és akinek a gyereke nem teljesíti a tankötelezettséget (Bördös, 2014). Még egyszer hangsúlyozom: mindezeket egyéb jogszabályok részletesen szabályozzák és szankcionálják.

A hajléktalanság, a koldulás kriminalizálása, az „érdemesség” bizonyításának egyre inkább a személyes önrendelkezés szférájába hatoló – és egyúttal az objektív megítélhetőségtől távolodó – kritériumai (a közmunkavégzés, iskoláztatás, „rendben tartott porta” feltételei), a jóléti juttatások „természetbeni” kifizetésének (szociális kártya) a szegénység elsősorban rövid távú politikai érdekek által megteremtett, egyúttal az emberi jogokkal, az állampolgársággal összeegyeztethetetlen percepcióját szolgálja ki. Mindez azonban kiszámíthatatlan hatású társadalmi feszültségeket gerjeszt. Az erőszak fel-feltörő hullámai és a kutatási eredmények is nagy mértékű, és nemzetközileg alig tapasztalt feszültségeket sejtetnek a magyar társadalmon belül (Bernát, et al., 2013), (Sik & Bernát, 2011). A pillanatnyi problémáktól eltekintve szem előtt tartani a szegénység hosszú távú, elsősorban a mai gyerekszegénységen keresztül érvényesülő hatásait: jelenlegi demográfiai folyamatai alapján 20-30 éven belül elengedhetetlen szüksége lesz Magyarországnak az akkorra felnövő, ma szegénységben élő gyerekek munkaerejére, de – addig megfelelő színvonalú oktatás, egészségügyi ellátás, és elfogadás, bizalom nélkül – hiába.

3.4.1.4 A JÓLÉTI KIADÁSOK VOLUMENE ÉS A RENDSZER EGÉSZSÉGHATÁSAI

A fentiek fényében nem meglepő, hogy Magyarország relatíve keveset költ a szegénység csökkentésére. Az 51. ábra alapján a ráfordítások mennyisége a kirekesztődéssel veszélyeztetett népesség arányához képest nem tér el a trendtől. Érdekes ugyanakkor megfigyelni, hogy a trendvonal mentén Magyarországnál is „lejjebb” már csak három ország található: minden más ország többet vagy nagyságrendileg ugyanennyit költ a kirekesztés elleni küzdelemre, miközben a kirekesztéssel veszélyeztetett népesség nagysága kisebb.

51. ábra: A kirekesztés elleni állami kiadások (lakhatás, munkanélküliség és egyéb kirekesztés elleni kiadások; EUR/fő) és a kirekesztődéssel veszélyeztetett népesség aránya (%) az EU-ban, 2013



Adatok forrása: Eurostat [gov_10a_exp], [ilc_peps01]

A fejezetben bemutatott jóléti rendszer és különösen a mögötte álló elvek több okból is problémásak az egészségi állapot és annak egyenlőtlenségei szempontjából. Egyrészt, a rendszer nem biztosít elegendő jövedelmet a szegényeknek. Ez mind a jövedelmi, mind a közvetlen pszichoszociális hatások miatt egészségromboló. Kiemelten igaz ez a szegénységben élő gyerekekre, és rajtuk keresztül a mai szegénység évekkel-évtizedekkel későbbi, súlyos társadalmi következményei alapozódnak meg. Másrészt, a fent bemutatott, az önrendelkezést sértő jogosultsági szabályok, a segély-közmunka-segély körforgásába való bekényszerülés, amiből nem látszik kitörési pont, mind súlyos feszültségeket, újabb pszichoszociális terheket váltanak ki. Mindez tovább erősíti a korábban is meglévő társadalmi feszültségeket, gyengíti a társadalmat összefűző szálakat. Ez ugyancsak nem jó az alul levőknek, de – a látszat ellenére – a felül levőknek sem. A társadalmi kohézió, az egyenlőtlenségek mérsékelt volta, a biztonság, a bizalom, a nyugalom érzete egymással összefüggő jelenségek. Hatásaik túlmennek a közvetlen pszichoszociális közeg minőségén, a bizalom alacsony szintje például konkrét gazdasági költségeket is okoz. (Wilkinson, 2009; Acemoglu & Robinson, 2013; Kawachi, et al., 2008a).

3.5 KÖZPOLITIKAI OPPORTUNIZMUS⁴¹

Magyarország demokráciája, ha nem előzmény nélküli is, nagyon fiatal: a szocializmus évtizedei után szinte a semmiből kell demokratikus gondolkodást és magatartást elsajátítani az állampolgároknak és a politikai, gazdasági elit tagjainak egyaránt. Ezért a rendszerváltáskor egy egészen új kultúra szocializációja kezdődött el, ráadásul nem a demokrácia legnemesebb hagyományait követő formában: lehettek tiszták az eredeti szándékok és elvek, de alulmaradtak a rendszerváltás valóságával szemben. Nem alakult ki, illetve erősödött meg kellő mértékben a társadalom alapértékeire vonatkozólag az a konszenzus, ami korlátozhatta volna a kizárólag a politikai szereplők önérdekkövetéséből fakadó közpolitikai döntések meghozatalát (Körösenyi, 2012). A – bár sok esetben nem felróható, de súlyos következményekkel járó – hozzá nem értés, a pillanatnyi, egyéni érdekeknek a közérdek fölé helyezése úgy a gazdaság mint a politika területén torz és ellentmondásos közeget teremtett. Az „eredmény” és annak tovaterjedő hatásai jól látszanak a politikai kultúra alakulásán, a mindenkor kormányok sokszor felelőtlen, opportunisztikus lépésein, és azon, hogy ezek a lépések gyakorlatilag nem gyakoroltak hatást a választók döntéseire. Ma Magyarországon szavazatokat lehet nyerni olyan lépésekkel, amelyeknek már rövid távon is nyilvánvalóan az ország, és ennek következtében az ország lakói látják kárát – jellegzetes példái ennek a költségvetést fenntarthatatlanul megterhelő „ajándékok” ígérete, vagy a társadalom bizonyos csoportjait magából a társadalomból kizáró intézkedések –, következésképp a politikai szereplők részéről ezek a „rossz” lépések a racionálisak (Csaba, 2011). De abban, hogy ez a helyzet kialakult, megkerülhetetlen a mindenkor politikai elit felelőssége. Körösenyi András (2012) hivatkozik az Ilonszki Gabriella és Lengyel György (2009) által konceptualizált „színelte demokrácia” jelenségére az ezredforduló utáni magyarországi politikai folyamatokkal kapcsolatban. A színlelt demokráciában a szereplők egy jelentős része, különösen pedig az elit csak imitálják a demokratikus szabályok elfogadását. Modelljük szerint a képviselői demokrácia ezen körülmények között kiürül, a politikai osztály megszűnik tartalmilag és felelősséggel képviselni a választókat, és mindez utat nyit a populizmus, az ígéretés, a szakmai kérdések átpolitizáltsága, a politika perszonalizációja, a korrupció, adóelkerülés és egyéb normaszegések előtt, és végül teljesen alááshatja a politikai-társadalmi stabilitást. Erre példa annak az illúzióknak a – retorika szintjén való – fenntartása, hogy az állam mindig, mindenkiről bőkezűen gondoskodik, miközben az emberek napi tapasztalata a politikai pozícióban levők korrupciós viselkedése, egyenesen vezet az állammal szembeni, a realitástól elszakadó elvárások kialakulásához. A nyilvános rasszizmussal szembeni egységes kiállás hiánya – amit a szélsőjobboldal felé sodródó tömegek szavazataira formált igény motivál – pedig elvezetett odáig, hogy a cigányellenes retorika a társadalmi diskurzus „normális” és „megszokott” részévé vált. Az utóbbi években az előző szakaszokban bemutatott társadalompolitikai fejlemények – a szegényellenesség és a szegénységgel szembeni, növekvő mértékben „büntető” attitűd – domináns intézményi és kommunikációs mintázattá válása is ebbe a sorba illeszkedik.

A kormányok döntéseit jellemzően a költségvetési kényszerek és a rövid távú előnyszerzés motiválják (Scharle, 2012a), de a forrásszűke által kikényszerített döntések is a politikai költségek minimalizálásának szem előtt tartásával születnek. Az állampolgári szavazatokkal honorált lépések jellemzően a közvetlen, rövid távú anyagi jólétet,

⁴¹ Az opportunizmus itt az egyéni/lobbiérdekek közérdek fölé helyezését jelenti.

jövedelmet növelő intézkedések, de egyre nagyobb súlya van a szimbolikus döntéseknek is. Az opportunisztikus politikai viselkedés gazdasági lobbicsoportok érdekeinek befogadására is kiterjed: ennek formája a közvetlen pénzforgalmat megvalósító korrupciótól⁴² a lobbicsoportok érdekeinek jogszabályokban való „lefektetéséig” terjed⁴³.

A helyzet kialakulásában számos ok közrejátszott. A rendszerváltáskor nem született új „társadalmi szerződés”⁴⁴, a társadalom alapértékeit, céljait, a célokért vállalt és nem vállalt terheket lefektető pozitív közmegegyezés. A 2000-es évek elejétől drasztikus polarizáció figyelhető meg a politikai térben (Angelusz & Tardos, 2011). Körösi (2012) szerint ugyanakkor a társadalom politikai polarizációja nem elsősorban autonóman alakul, hanem a politikai elit és a pártok generálják azt. Csaba László elemzése szerint a politikai megosztottság és a stabil értékconszenzus hiánya azt eredményezi, hogy a szakpolitikailag jó döntések politikailag rosszak (Csaba, 2011). A legfontosabb, amivel a politika a választókat meg tudja szólítani, a közvetlen anyagi érdekelttség – miközben más, hosszabb távon nagy jelentőséggel bíró, a választókat az adott pillanatban közvetlenül nem érintő kérdések a társadalom számára súlytalanná váltak. Mindez egyrésztől valamennyi kormánynak megnehezíti a dolgát, másrésztől ellenben meg is könnyíti, hiszen kevés területet kivéve gyakorlatilag nem gyakorol a társadalom kontrollt a politika felett.

Mindennek folyományaképp nincs és soha nem is volt olyan vízió, hosszabb távú vezérfonal, ciklusokon átívelő terv bármilyen területen, amit az egymás után következő kormányok követhettek vagy követni akartak volna. Azokon a területeken, ahol különösen szükség lett volna erre (például és kiemelten a népegészségügy területén) ugyan születtek hosszú távú szakmai programok – ciklusonként éppen egy. A szakpolitika-formálás a legtöbb esetben vagy ad-hoc, vagy a kényszerek és a hagyományok alakítják: hatástanulmányok, pilot-programok a legritkább esetben készülnek, és még annál is ritkábban használják fel az eredményeiket (erre a fejezet során több helyen utaltunk). Lévén, hogy az egészségi állapot javítása, és az egészség-egyenlőtlenségek háttérében álló társadalmi egyenlőtlenségek fenntartható csökkentése sok szakterület összehangolt, átgondolt, politikai ciklusoktól védett és azoktól függetlenül magas szinten elkötelezett munkájaként valósulhat csak meg, a magyar politikai életre jellemző opportunizmus ezt a területet különösen hátrányosan érinti.

További következmény, hogy Magyarországon igen erőteljes az úgynevezett politikai költségvetési ciklusok „kilengése”: a választási években, mint arról a gazdaságpolitikát taglaló fejezetben már szóltunk, részben a leköszönő kormány szavazatok reményében kiosztott „ajándékai”, részben az új kormány választási ígéreteinek beváltása miatt megugranak az államháztartás kiadásai (ami romló egyenleget és növekvő államadósságot eredményez).

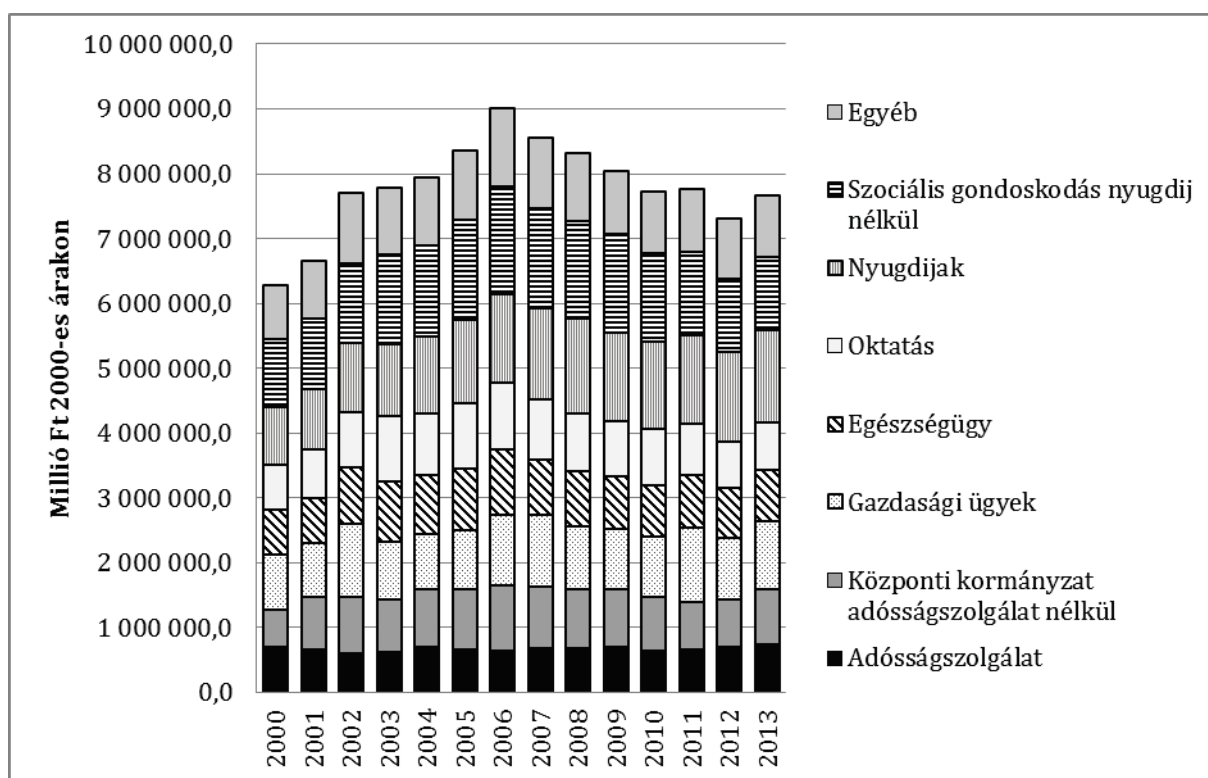
A vizsgált periódusban a költségvetési kiadások reálértéken a választási években (2002-ben és 2006-ban) jelentősen emelkedtek az előző évhez képest (52. ábra):

⁴² Ld. a Transparency International jelentéseit, http://transparency.hu/INDEXES_AND_REPORTS

⁴³ A korrupcióval kapcsolatos tényfeltáró munkát végez például a Direkt36, a K-Monitor, vagy az Átlátszó.

⁴⁴ Az alkotmány hasonló, de több is és kevesebb is egy ilyen „társadalmi szerződésnél” – utóbbinak nem kell feltétlenül írott formát öltenie, inkább a társadalmi értékek és kultúra dimenziójában értelmezhető. A kérdésről bővebben lásd pl. (Hankiss, 2012)

52. ábra: Az államháztartás főbb kiadási csoportjai millió Ft-ban, 2000-es árakon



Adatok forrása: Eurostat COFOG adatbázis

Megjegyzés: Az adósságszolgálat a COFOG „rendszerterv” alapján az állami működési funkciók része, a nyugdíj pedig a szociális funkcióké. Az ábrán jelentős nagyságuk miatt mutatom őket be külön.

Az egyes költségvetési területek közül ezekben az években leginkább a gazdasági funkciók köre bővült: 2002-ben majdnem 40, 2006-ban is több, mint 20 százalékkal haladta meg az előző évi költség reálértékét. Valamelyest az állami funkciók és a jóléti juttatások rendszere is részesedik ezekből a növekedésekből, bár a jóléti juttatások körén belül elsősorban a nyugdíj arányának növekedése figyelhető meg. A nagyobb kiadási tételek között az egészségügy és az oktatás hosszú távú társadalmi beruházást jelentő területeit ugyanakkor a politikai ciklusok hullámváltozása szinte érintetlenül hagyja, a megszorítások (például 2007-ben vagy 2009-től) azonban jellemzően érintik ezeket a területeket (6. táblázat):

6. táblázat: A közkiadások alakulása kiadási csoportok szerint, változás az előző évi, 2000-es árakon tekintett forrásokhoz képest, 2001-2013

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Adósságszolgálat	-5,63	-8,57	3,79	11,61	-3,97	-3,12	5,73	0,43	3,04	-8,68	1,28	6,31	6,40
Központi kormányzat adósságszolgálat nélkül	41,15	6,69	-7,30	11,08	3,02	9,20	-6,03	-4,47	-1,00	-7,77	-8,97	-0,45	15,09
Gazdasági ügyek	-2,33	38,13	-21,33	-4,87	5,97	21,03	1,28	-12,08	-6,35	2,81	21,40	-17,95	11,69
Egészségügy	0,04	22,44	8,10	-1,65	6,28	3,08	-14,62	-1,03	-1,82	-4,45	1,90	-3,46	2,39
Oktatás	6,38	14,50	18,34	-4,85	5,27	2,33	-9,12	-4,52	-5,14	2,07	-8,16	-11,40	2,84
Nyugdíjak	6,84	14,22	4,48	5,52	8,64	6,27	3,00	4,54	-6,80	-1,53	1,41	1,35	3,13
Szociális gondoskodás nyugdíj nélkül	2,07	13,93	11,20	1,88	9,31	8,71	-7,04	-2,32	0,86	-9,95	-6,51	-11,57	-0,61
Egyéb	7,62	22,63	-5,66	2,55	1,67	12,43	-10,80	-4,29	-6,50	-1,62	2,86	-4,75	1,37

Adatok forrása Eurostat COFOG adatbázis, KSH fogyasztói árindexek

jelmagyarázat:

	-2 - 2% közötti változás		
	6% feletti növekedés		6% feletti csökkenés
	2-6% közötti növekedés		2-6% közötti csökkenés

A 6. táblázat alapján jellegzetes mintázata rajzolódik ki egyrészt a költségvetési ciklusoknak: a 2002-es és a 2006-os évben szinte valamennyi területen növekedés történt. Másrészt követhető az is, hogy melyek voltak a „nehéz” évek, amikor sok területen csökkentek a kiadások: dominánsan ilyen volt például 2007, 2008, majd 2010-2012 között valamennyi időszak. Az is jellemző ugyanakkor, hogy mely kiadási csoportokban jelentkezett növekedés vagy csökkenés. 2007-ben például a legnagyobb szigor ellenére a nyugdíjakra fordított összeg reálértéke növekedett 3%-kal – 2009-től eltekintve egyetlen évben sem fedezhető fel reálérték-veszteség ezen a területen. Ezzel szemben az egészségügy, az oktatás és a nyugdíjak nélkül tekintett szociális gondoskodás 2006 és 2012 között több egymást követő évben is jelentős veszteségeket szenvedett el. Ennek következtében míg 2013-ban a központi kormányzat működtetése 2000-hez képest reálértéken majdnem 50 százalékkal többbe került, gazdasági ügyekre és nyugdíjakra pedig – ebben a sorrendben – 23 és 62 százalékkal többet költöttünk, az egészségügy csak 13%-kal kapott többet 2000-es árakon 2013-ban, mint akkor, az oktatás és a nyugdíjak nélküli szociális kiadások pedig épphogy megőrizték reálértéküket.

4. AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER HATÁSA AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA MAGYARORSZÁGON

Az egészségügy csak egy a társadalom általános egészségi állapotára hatással levő tényezők között, de az intenzív orvostechnikai fejlődés idején – ami ma is jellemző – jelentősége megnő. A magyar egészségügy nemzetközi viszonylatban alulfinanszírozott, és ebbéli pozíciója 2007 óta jelentősen romlott. Lévéen, hogy az egészségügy teljesítménye a rendelkezésre álló források egy bizonyos szintje alatt meredeken esik, valószínűsíthető, hogy mindennek az egészségi állapotra is hatása van.

Az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek kérdése a magyar egészségpolitikában retorikai szinten mindvégig jelen volt a rendszerváltás óta, tartalmilag azonban súlytalan maradt (Orosz, 2000; Vitrai, 2011). A jelenlegi kormányzat az egészségügyi kulcsdokumentumok (Simmelweis Terv, Egészséges Magyarország 2014-2020) szerint az egészség-egyenlőtlenségeket mint földrajzi illetve szakmai kategóriát értelmezi, figyelmen kívül hagyva a társadalmi struktúrával való összefüggéseket. Az egyenlőtlenségek földrajzi dimenziója kétségtől fontos – az egészségügyi szolgáltatások hozzáférhetőségének hatását igazolja például, hogy a nagyobb várost is magukba foglaló kistérségekben lényegesen alacsonyabb az elkerülhető halálozás mértéke (Vitrai & Bakacs, 2012) –, de nem ragadja meg az egészség-egyenlőtlenségek teljes összefüggésrendszerét.

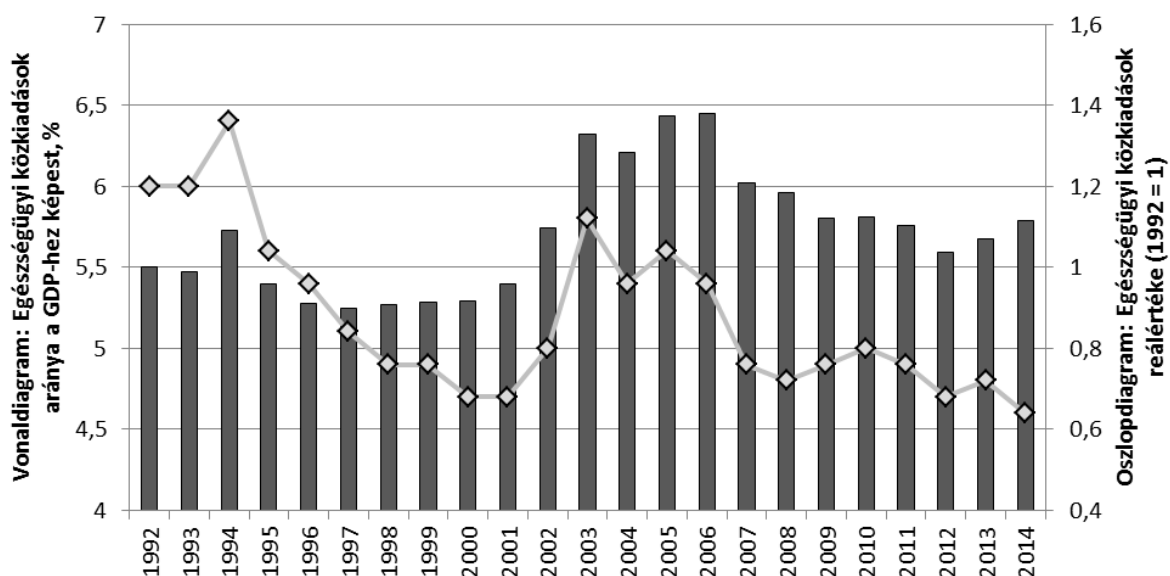
4.1 AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER HATÁSA AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA

Az egészségügyi rendszer meghatározó az egészségi állapotra nézve. Az ugyanakkor, hogy mennyire jelentős az egészségügy hatása például a várható élettartam növekedésében, erősen „helyzetérzékeny”: az egészségügyi technológia nagy ütemű fejlődésének időszakában ott, ahol az új technológiák széleskörűen el tudnak terjedni, ezeknek nyilván jelentős hatása van az általános egészségi állapotra (Deaton, 2014; Preston, 2015). Az alapvető népegészségügyi felfedezések időszakában, amikor egyrészt világossá vált, mennyire fontos például a tiszta ivóvíz, a kézmosás, a csatornázás, másrészt ezek rövid idő alatt sok ember számára váltak elérhetővé, vagy a védőoltások felfedezése után, rövid idő alatt nagy mértékben javult az általános egészségi állapot az érintett országokban. Az 1960-as évekhez vonatkozó elemzések ugyanakkor relatíve kis hatását találták csak az egészségi állapotnak (Nolte & McKee, 2004; McKeown, 1979; Illich, 1976). Sajnos ezek a kutatások alapot adtak az egészségügy jelentőségét lebecsülő érveknek (D. Miller Jr. & Frech III, 2004). Ezért is fontos kiemelni, hogy ma ismét az egészségügyi technológiák rapid fejlődésének lehetünk tanúi, jóllehet a mostani felfedezések jellegüknél és elsősorban magas költségeiknél fogva nem képesek olyan gyorsan és széles körben elérhetővé válni. Ez valószínűsíti az országok és társadalmi csoportok közötti egészség-egyenlőtlenségek növekedését is.

4.2 ÁLLAMI EGÉSZSÉGÜGYI FORRÁSOK ALAKULÁSA

A fentiek miatt különösen fontos, mennyit szán egy-egy ország az egészségügyére. Magyarországon 2007 óta reálértéken egyre kevesebb forráshoz jut a szektor:

53. ábra: Az egészségügyi közkiadások 1995-höz viszonyított reálérték-változása és a források nagysága a GDP-hez mérten, 1992-2014

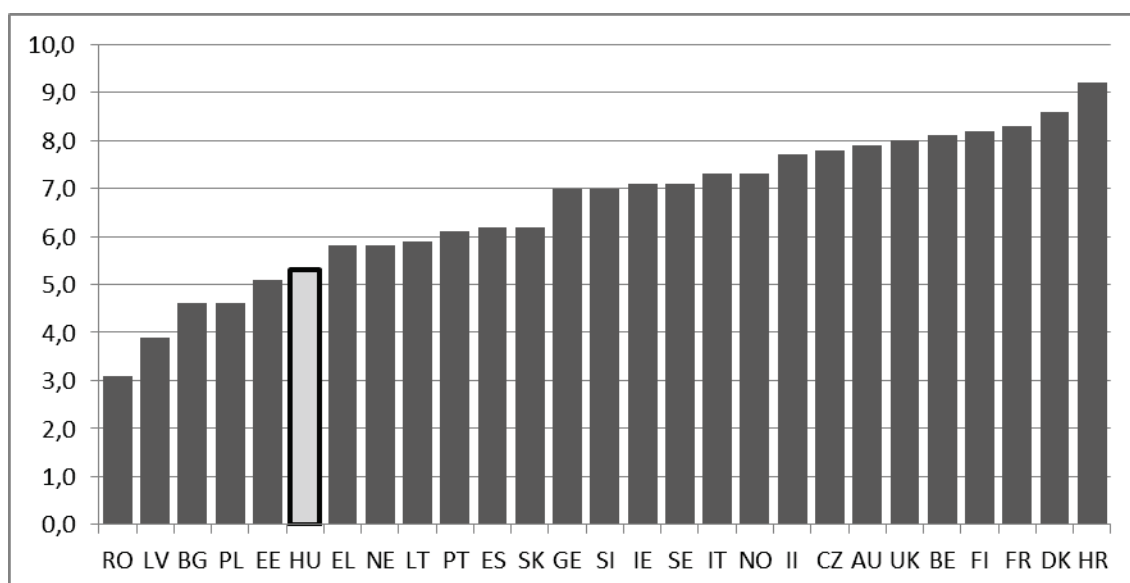


Adatok forrása: OECD Health Expenditure and Financing adatbázis; Fogyasztói árindex: KSH

Az egészségügyi források 2007-es jelentős reálérték-csökkenését a következő években további, bár kisebb mértékű csökkenések követték: 2006 és 2012 között összesen 20%-os forráskivonás történt. A 2007 és 2010 közötti enyhe emelkedést követően 2010 óta ugyancsak csökken a GDP-hez mért arány, ráadásul az ebben az időszakban jelentősen zsugorodó GDP-hez mérten.

Mindezek fényében nem meglepő, hogy Magyarország az egészségügyi közkiadások rangsorában meglehetősen hátul áll (54. ábra): a régióbeli országok közül Szlovákia közel egy, Csehország majdnem három százalékponttal költ többet egészségügyre. Horvátországban az állami egészségügyi kiadások majdnem négy százalékponttal magasabbak, mint Magyarországon.

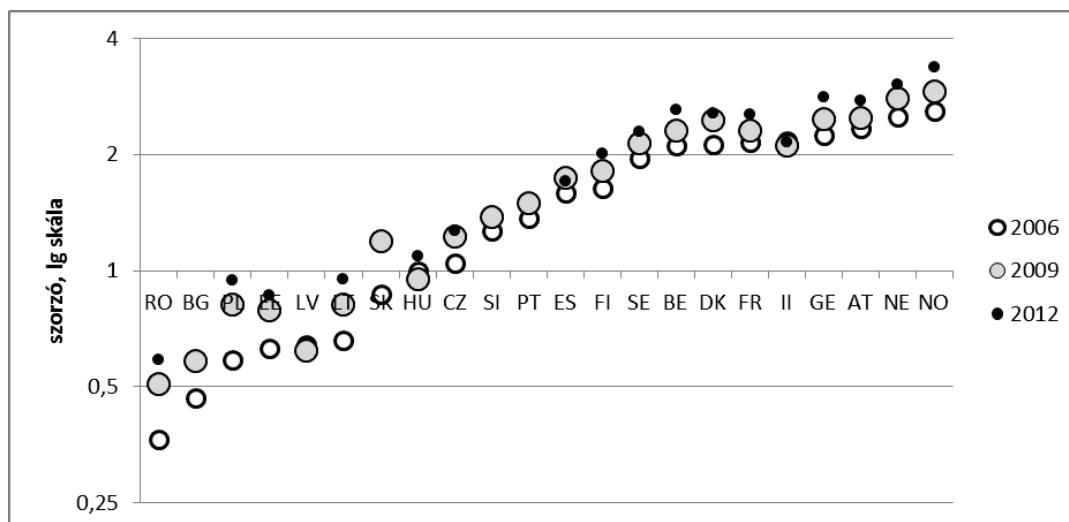
54. ábra: Az egészségügyi közkiadások aránya a GDP-hez mérten az EU-ban, 2012



Adatok forrása: Eurostat COFOG adatbázis [gov_a_exp]

Nem szabad elfelejteni, hogy az azonos GDP-arányos költség abszolút értékben nagyon nagy különbségeket fed a magasabb és az alacsonyabb GDP-jű országok között. Az 55. ábra azt mutatja, hányszorosa volt a különböző európai országokban az egy főre jutó egészségügyi közkiadások mértéke a magyarországinak (logaritmikus skálán):

55. ábra: Az egy főre jutó egészségügyi közkiadások nagysága (PPS) a 2006-os magyarországi értékhez viszonyítva az EU-ban 2006-ban, 2009-ben és 2012-ben



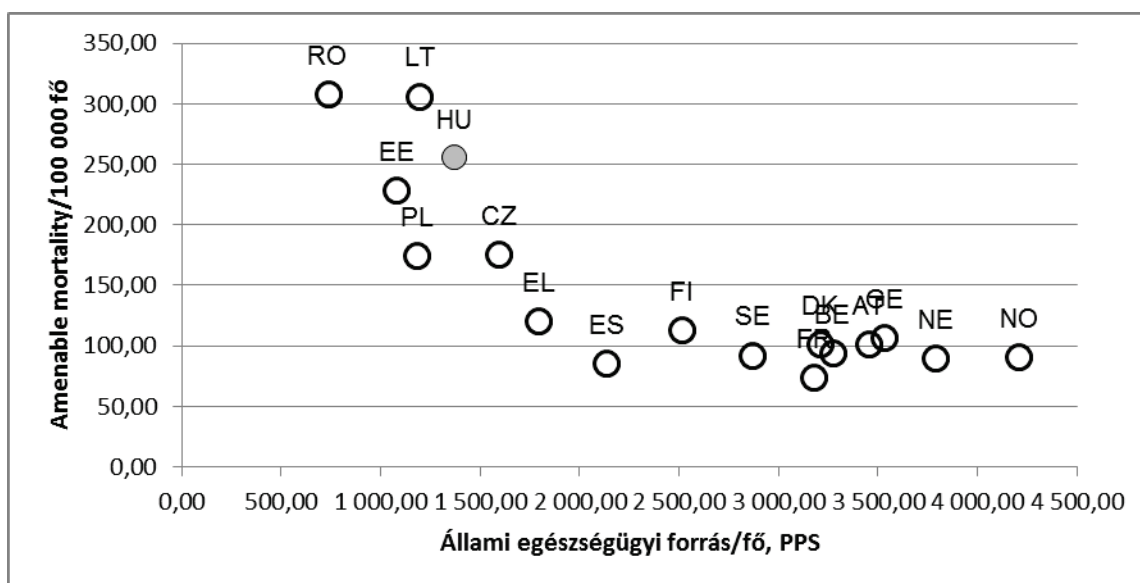
Adatok forrása: Eurostat [hlth_sha1h]

Az ábráról egyrészt leolvasható, hogy a vizsgált periódus elején abszolút értékben, átlagosan Magyarországnál többet csak a fejlettebb országok költöttek egészségügyre. Másrészt viszont az is látszik, hogy a vizsgált 6 év alatt az alacsonyabb jövedelmű országok között Magyarország volt az egyetlen, ahol nem nőtt érzékelhető mértékben az egy főre jutó források mértéke: ennek eredményeképp a vizsgált periódus végére Szlovákia és Csehország már 1,2-1,3-szor annyit költött fejenként, mint Magyarország, és Lengyelország, Észtország, Lettország esetében is látszik a felzárkózás. Ha ez a trend nem változik, Magyarország relatív pozíciója az egy főre jutó abszolút költség szerint romlani

fog, ami feltehetően az (abszolút és relatív, régióbeli országokhoz viszonyított) egészségi állapotra is hatást fog gyakorolni.

Erre következtethetünk az 56. ábra alapján: itt a leginkább az egészségügyi rendszer teljesítményét mutató elkerülhető halálozás rátáját és az egy főre jutó állami egészségügyi források nagyságát vettem össze:

56. ábra: Az elkerülhető halálozás (amenable mortality) és az egy főre jutó állami egészségügyi források (PPS) összefüggése



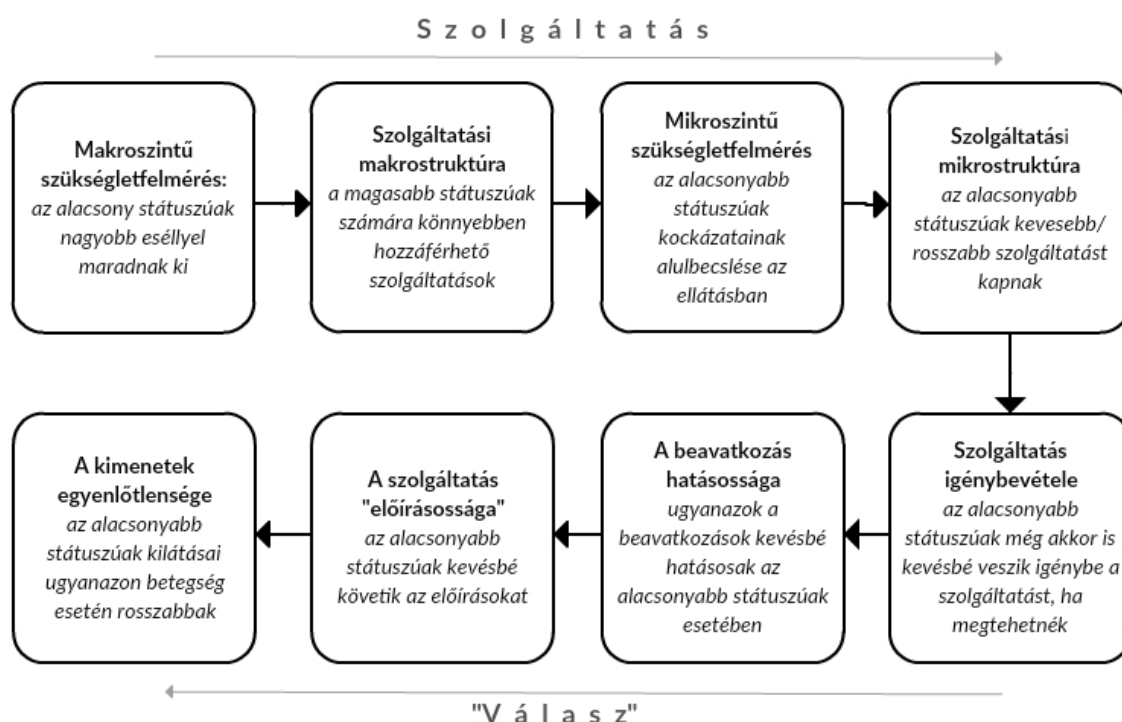
Adatok forrása: Eurostat [hlth_cd_apr] és [hlth_sha1h] adatok

Látható, hogy az erőforrások alacsony szintje trendszerűen magasabb elkerülhető halálozással jár együtt, a források emelkedése mentén egy ponton pedig az elkerülhető halálozások szintje „beáll” – jóllehet, mint magát az egészségi állapotot, az elkerülhető halálozások mértékét is számos más tényező befolyásolja, például az adott országok betegségstruktúrája is. Mindenesetre 2012-ben a vizsgált országok közül Magyarországon volt a harmadik legmagasabb az elkerülhető halálozás rátája, az egy főre jutó források mértéke pedig körülbelül a kétharmada-fele az ábra alapján elérhető minimális elkerülhető halálozást elvileg elérhetővé tevő forrásmennyiségnek.

4.3 AZ EGÉSZSÉGÜGY MINT AZ EGYENLŐTLENSÉG „ELŐÁLLÍTÓJA”

Az egészségügyi rendszer maga is hozzájárul az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek kialakulásához. Egy nemzetközi meta-analízis rámutatott az egészségügyi rendszernek azokra a pontjaira, amelyek jelentősen eltérhetnek a társadalmi egyenlőtlenségek mentén (White, et al., 2009). A szerzők ezt az alábbi ábra szerint foglalták össze (57. ábra):

57. ábra: Az egészségügy mint az egyenlőtlenségek előállítója



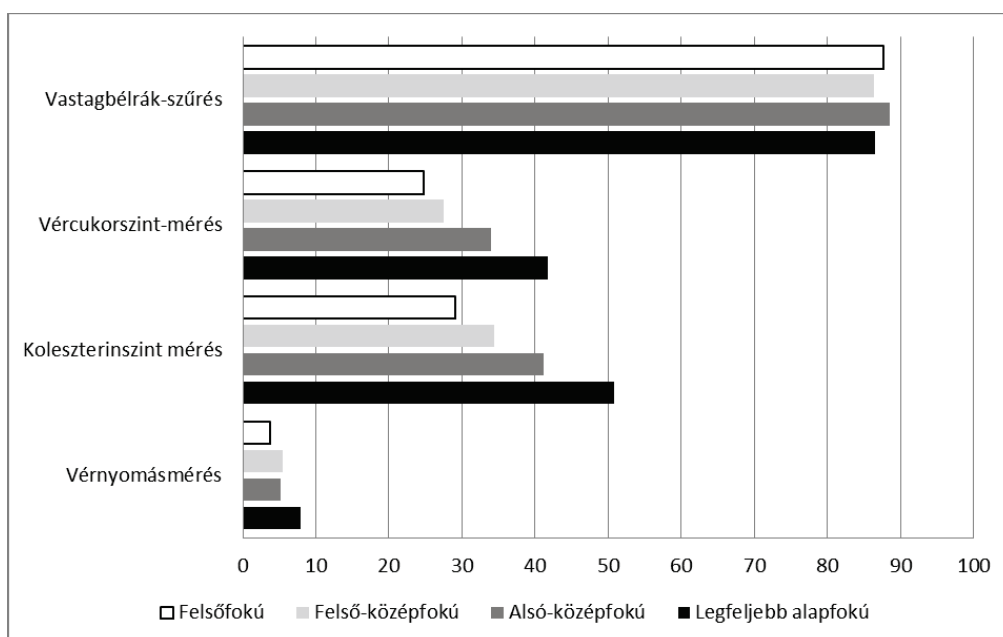
Forrás: (White, et al., 2009, p. 69)

Az alacsonyabb státuszúak hátrányba kerülnek az egészségügyi rendszerben, mert már a kapacitástervezéshez használt makroszintű szükségletfelmérés – ha van ilyen: Magyarországon rendszerszinten nincs – során is kevésbé veszik figyelembe a szükségleteiket, például mert kevésbé kerülnek be a felmérések mintáiba vagy nagyobb arányban utasítják vissza a válaszadást. Általában kevésbé hozzáférhetőek számukra az ellátások, mert például nagyobb arányban laknak az egészségüggyel kevésbé ellátott területeken. Ha egyszer eljutnak az ellátórendszerbe, átlagosan alulbecslik a szükségleteiket vagy a rizikóikat, például mert kevésbé tudják a rendszerben elvárt módon kifejezni magukat. Ennek megfelelően kevesebb vagy alacsonyabb szintű szolgáltatásokhoz jutnak csak hozzá, például mert alacsonyabb az érdekérvényesítő képességük. Ha elvileg lehetőségük lenne rá is kevésbé veszik igénybe a szolgáltatásokat, aminek lehet például anyagi, információs vagy motivációs oka. Ugyanazok a beavatkozások lehetnek kevésbé hatásosak az alacsonyabb státuszúak esetében. Még a valóban igénybe vett és elméletben hatásos ellátások esetén is gyakoribb, hogy különböző okokból nem követik például az orvosi előírásokat, mint a magasabb státuszúak. Végül, mindezek következtében, nem csak hogy nagyobb eséllyel betegszenek meg, de egy adott betegség esetén a várható kimeneteik rosszabbak, mint a magasabb státuszúaké.

Az alábbiakban azokban a dimenziókban, amelyekben elérhetők Magyarországra vonatkozó, a társadalmi státusz szerinti különbségeket is tükröző adatok, bemutatom az egészségügyi rendszer egyenlőtlenség-növelő hatásának néhány magyarországi aspektusát.

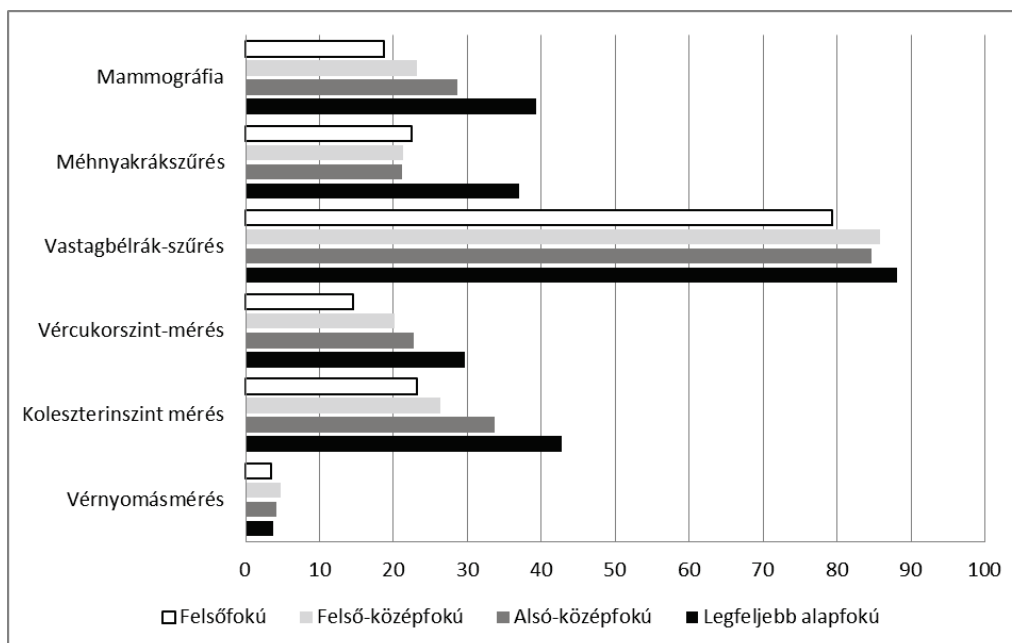
Az 58. ábra és 59. ábra azoknak a nőknek és férfiaknak az arányát mutatja iskolázottság szerint, akik még soha nem vettek részt a felsorolt szűrővizsgálatokon:

58. ábra: Azok aránya iskolázottság szerint, akik még sose vettek részt az alábbi egészségügyi szűréseken – Férfiak (2009)



Forrás: (Kovács, 2012)

59. ábra: Azok aránya iskolázottság szerint, akik még sose vettek részt az alábbi egészségügyi szűréseken – Nők (2009)

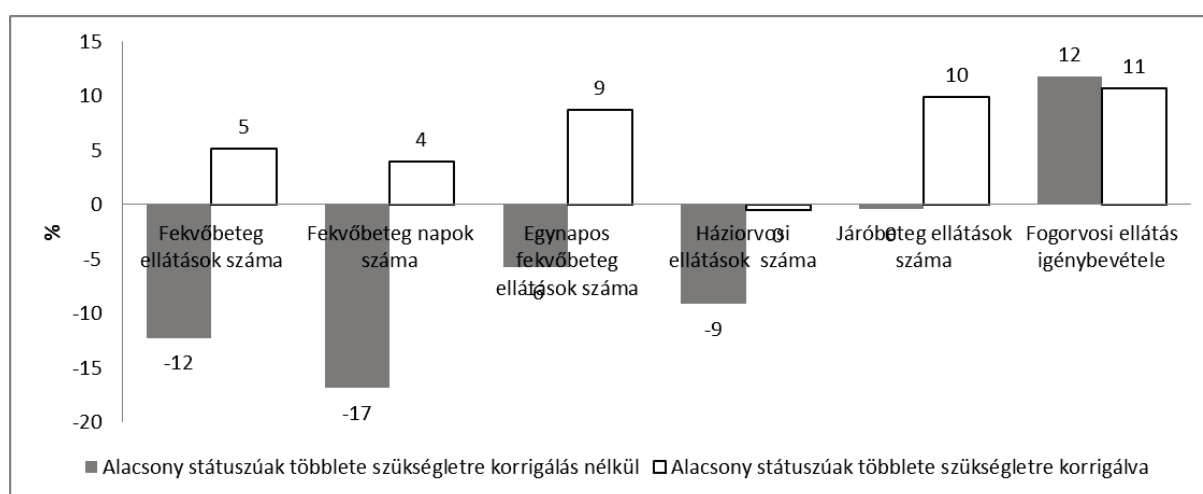


Forrás: (Kovács, 2012)

Jól látható, hogy a legalapvetőbb szűréseket (vércukorszint- és koleszterinszint-mérés) és a nők körében a mammográfiát illetően erőteljesen kirajzolódik az iskolázottság lejtője. Ugyancsak kiugró a legalacsonyabb végzettségű nők körében a méhnyakrák-szűrésen még soha át nem esettek aránya, miközben itt az iskolázottsági létra felsőbb fokain nem látható jelentős eltérés a csoportok között. A vérnyomásmérés általánosan elterjedtnek tűnik az adatokból, míg a vastagbélrák-szűrés penetrációja minden csoportban alacsony, bár a nők körében a magasan képzettek aránya valamivel jobb, mint a többi csoporté.

Nem csak a megelőző, hanem a gyógyító ellátások igénybevétele is jelentősen különbözik iskolázottsági csoportonként. A 60. ábra a különböző egészségügyi ellátások igénybevételének jellemzőit mutatja jövedelem szerint: a sötét oszlopok a szükségletek figyelembe vétele nélkül, az egyszerű igénybevételi vagy –elmaradási adatokat, a világosak pedig ugyanezt szükségletre korrigálva. A negatív értékek azt jelentik, hogy az adott szempontból az alacsonyabb jövedelműek „felülreprezentáltak”: népességbeli arányukhoz képest magasabb arányban jellemző rájuk az adott ellátás igénybevétele, vagy többen mondták közülük, hogy nem tudták igénybe venni. A pozitív értékek a magasabb jövedelműek felülreprezentáltságát jelölik. Minél nagyobb az érték, annál nagyobb a koncentráció, vagyis egyik vagy másik jövedelmi csoport túlsúlya az adott tekintetben.

60. ábra: Az egészségügyi ellátások igénybevételi többlete társadalmi csoportonként, szükségletre korrigálás előtt és után



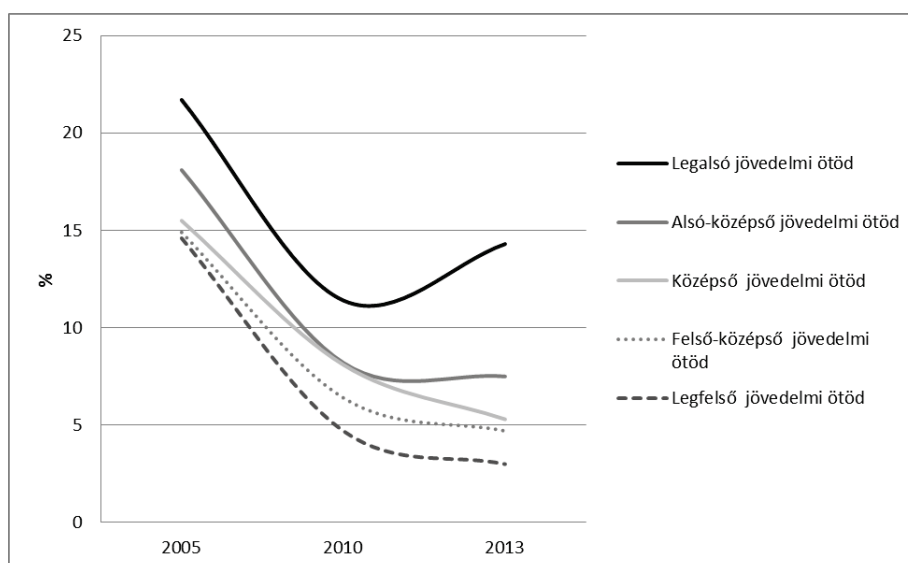
Forrás: (Gaál, et al., megjelenés alatt); adatok forrása: ELEF2009

Megjegyzés: A negatív értékek az alacsony státuszúak, a pozitív értékek a magas státuszúak „felülreprezentáltságát” mutatják az adott ellátások igénybevételében, a népességen belüli részarányhoz viszonyítva.

Jól látszik, hogy ha nem vesszük figyelembe a szükségleteket, a fogorvosi ellátás kivételével valamennyi ellátási formában felülreprezentáltak az alacsonyabb jövedelműek. Ha azonban azt is figyelembe vesszük, hogy az ő szükségleteik átlagosan rosszabb egészségi állapotuk miatt magasabbak, mint a magasabb jövedelműeké, a legtöbb tekintetben megfordulnak a viszonyok: kiderül, hogy valójában az alacsonyabb jövedelműek rosszabb helyzetben vannak, kevésbé veszik igénybe az ellátásokat, mint a tehetősebbek.

Ennek megfelelően a ki nem elégített szükségletek alakulása is erősen függ a társadalmi státusztól: a 61. ábra jövedelmi ötödök szerint mutatja ezt:

61. ábra: Azok aránya, akik arról számoltak be, hogy egészségügyi ellátás iránti szükségletüket nem tudták kielégíteni jövedelmi ötödök szerint 2005-2013

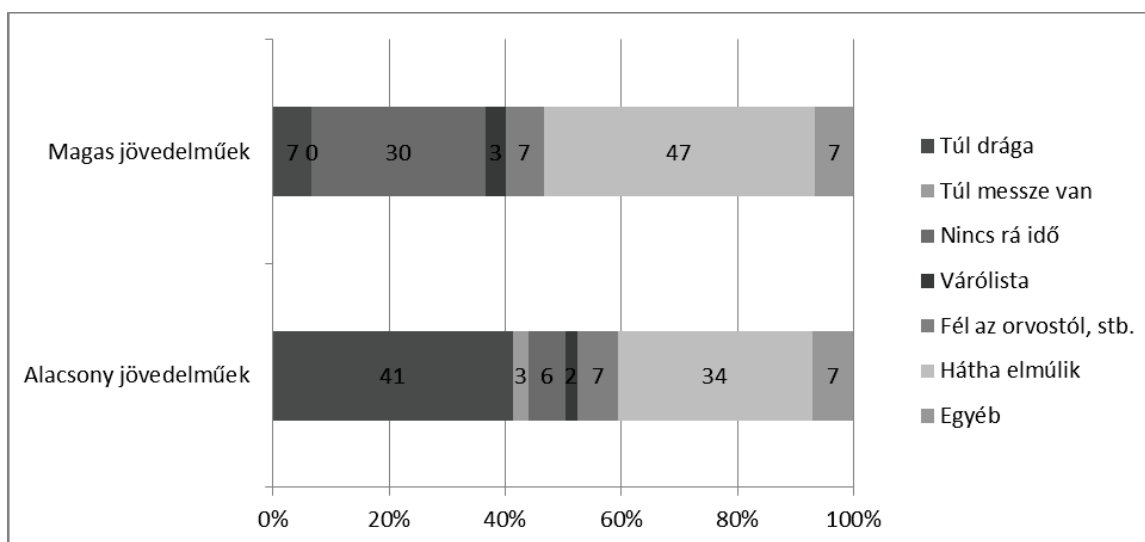


(Kovács & Tóth, 2015)

Bár az elmúlt 10 évben jelentősen csökkent azok aránya, akik valami oknál fogva ne vették volna igénybe az egészségügyi ellátást, a legalacsonyabb jövedelműeknek még mindig a 10-15%-a említ ilyesmit, míg a magas jövedelműek körében ez az arány csak 3% körüli.

Jellegzetesen eltér a szükségletek kielégítetlenségének oka jövedelem szerint (62. ábra):

62. ábra: A ki nem elégített szükségletek kielégítetlenségének okai jövedelem szerint, % (2013)



Forrás: Eurostat [hlth_silc_08]

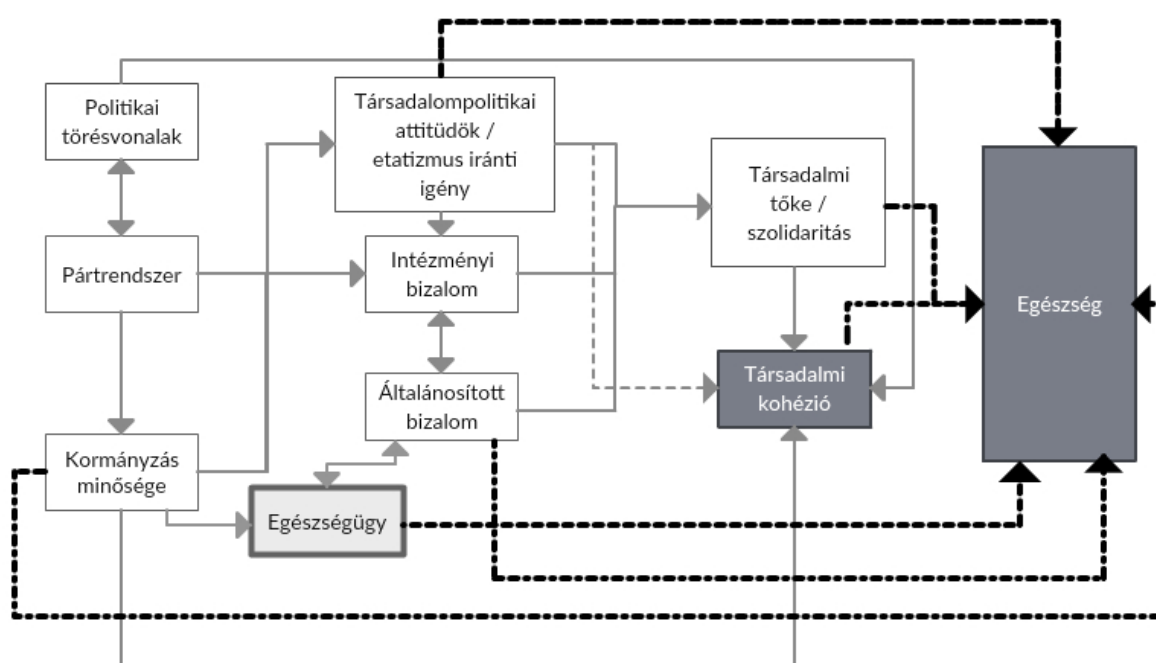
A magas jövedelműek leginkább azért maradnak le az ellátásról, mert abban reménykednek, hogy a probléma magától is megszűnik (a válaszok 46%-a, szemben az alacsony jövedelműek 33%-ával), illetve mert nincs idejük azt igénybe venni (30% vs. 6% az alacsonyabb jövedelműek körében). Az alacsony jövedelműeknél a domináns ok az, hogy túl drága volna az ellátást igénybe venni (41% mondta ezt, míg a magasabb jövedelműeknek csak 6%-a).

Szorosan összefügg ezzel a problémakörrel a korábban már bemutatott elkerülhető halálozás, vagyis az elméletileg megelőzhető, illetve gyógyítható betegségek következtében bekövetkező halálozás mértéke, ami Magyarországon nem csak magas, hanem szintén jelentős egyenlőtlenségeket mutat. 2001 és 2004 között a legalacsonyabb végzettségű férfiak körében arányosan négyszer annyian haltak meg idő előtt valamilyen elkerülhető ok miatt, mint a legmagasabb végzettségűek körében; a nők között ez a különbség ötszörös volt. A férfiak esetében még az alapfokú képzettségűek elkerülhető halálozási aránya is majdnem kétszerese volt a középfokú végzettségűekének (Hablicsek 2007).

5. PSZICHOSZOCIÁLIS KÖRNYEZET, TÁRSADALMI KOHÉZIÓ ÉS EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT⁴⁵

A társadalom “kemény tényei” után ebben a fejezetben bemutatom a magyar társadalomnak az egészségi állapot szempontjából nem kevésbé fontos, de sokkal nehezebben megragadható, kulturális és értékbeli jellegzetességeit. Fábián Zoltán társadalmi kohézió magyarországi meghatározóit bemutató “jelentésében” felvázol egy hozzávetőleges elméleti modellt arra vonatkozóan, hogy is jön létre a kohézió, az “amúgy sokféleképpen megosztott, strukturált társadalmakat” (Fábián, 2012) összetartó „kötőanyag”. A modellbe bevont területekről készített ábráját az egészség területével kiegészítve jobbra leírható az ebben a fejezetben vázolt tényezők összefüggésrendszere:

63. ábra: A társadalmi kohéziót és az egészségi állapotot alakító politikai és kulturális tényezők és viszonyok



Forrás: (Fábián, 2012, p. 295) alapján, kiegészítve

A fejezet során jobbra a 63. ábra által jelzett területeket, azok jelentőségét és jelzőszámait mutatom be, érzékeltetve a lehető legaktuálisabb magyarországi helyzetet és ahol lehet, a trendeket is a jelzőszámok alakulásában. Több helyütt jelzem, az “útfüggőség” elemzési keretének értelmében a történelmi múlt, ezen belül pedig nagyon hangsúlyosan a szocialista “közelmúlt”, illetve speciálisan a szocializmusnak és a rendszerváltás után kialakult, új társadalmi és gazdasági berendezkedésnek az interferenciája, és mindennek az egyéni élettörténetekben és tapasztalatokban való

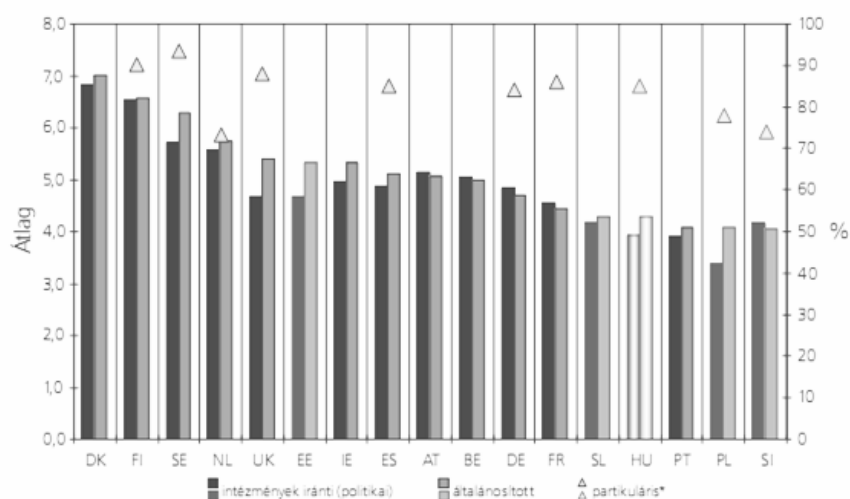
⁴⁵ A fejezet részben a WHO által támogatott, az Egészség-egyenlőtlenségek Társadalmi Meghatározói Munkacsoport által készített, „Az egészség-egyenlőtlenségek és az egészség társadalmi meghatározói Magyarországon” című jelentés (Orosz & Kollányi, megjelenés alatt) 2. fejezetére, és az annak háttér tanulmányául szolgáló, „Az egészség-egyenlőtlenségek társadalmi kontextusa” című (Kollányi, megjelenés alatt) elemzésen alapul.

lecsapódása jelentős kulturális “terhet” jelent a mai magyar társadalom számára. A fejezet végén bemutatok egy kísérletet a társadalmi kohézió egészséghatásának becslésére.

5.1 MIKROSTRUKTÚRÁK: BIZALOMHIÁNY, IZOLÁCIÓ, ELIDEGENEDÉS, PANASZ

A mai magyar társadalom több kutatás egybehangzó eredményei szerint az általános bizalomhiány⁴⁶ és az elidegenedés állapotában van (Giczi & Sik, 2009; Tóth, 2010; Keller, 2014). Ezeket a jelenségeket, a helyi közösségek megtartó erejének gyengülését, a bizalmatlanság, a gyanakvás normává válását, az anomikus állapotot szokás a szocialista rendszer “számlájára” írni, de valójában kétséges, létezett-e az a bizalomteli, közösségi “aranykor” Magyarországon, amit ezzel impliciten feltételezünk⁴⁷. Akárhogy is, ha valaki az általános bizalmatlanságot mint magától értetődő értéket sajátítja el, az nem, vagy csak nagyon nehezen fogja azt később megkérdőjelezni, pláne túllépni rajta. A szocialista múlt hatására vall ugyanakkor, hogy ez a bizalomhiány valamennyi egykori szocialista országra jellemző kisebb-nagyobb mértékben:

64. ábra: Három bizalomtípus szintje országonként



Forrás: (Giczi & Sik, 2009, p. 68)

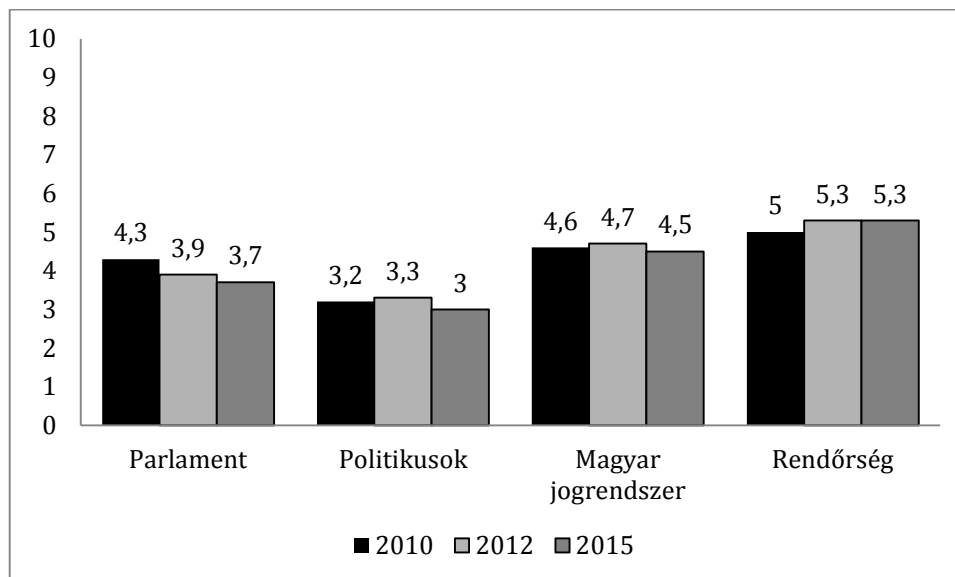
Megjegyzés: Az intézmények iránti bizalom elsősorban a politikai szereplők és a média iránti, az általánosított bizalom a “többi ember”, a “meg nem nevezett másik” iránti, a partikuláris bizalom pedig a közvetlen ismerősök, családtagok, szomszédok iránti bizalmat jelöli.

⁴⁶ A bizalomról itt mint a jóhiszeműség feltételezéséről van szó úgy intézményekkel, mint a „másik emberrel” szemben.

⁴⁷ A 20. század elejét bemutató szociográfiai és szociográfiai megközelítésű irodalmi művek tanúsága alapján inkább azt mondhatjuk: nem. A válasz természetesen nem ennyire egyszerű, a huszadik század folyamán számos társadalmi folyamat és esemény hatott a közösségi élet színtereire, így a városodás, a világháborúk és forradalmak, a nagy arányú kivándorlás és a belföldi migráció, és természetesen a szocialista diktatúra is. Azt azonban nem jelenthetjük ki, hogy a szocializmus előtt bizalomteli és közösségi társadalomban a szocializmus rombolta le a bizalmat: legalább részben régebbi örökség ez annál.

Az intézményekbe vetett bizalom szintje az elmúlt években tovább csökkent: a European Social Survey és a TÁRKI adatai szerint 2010 és 2015 között a parlamentben, a politikusokban és a magyar jogrendszerben is egyre kevésbé bíznak az emberek, egyedül a rendőrségbe vetett bizalom emelkedett valamelyest:

65. ábra: A különböző intézményekbe vetett bizalom szintje 2010-ben, 2012-ben és 2015-ben, a válaszok átlaga

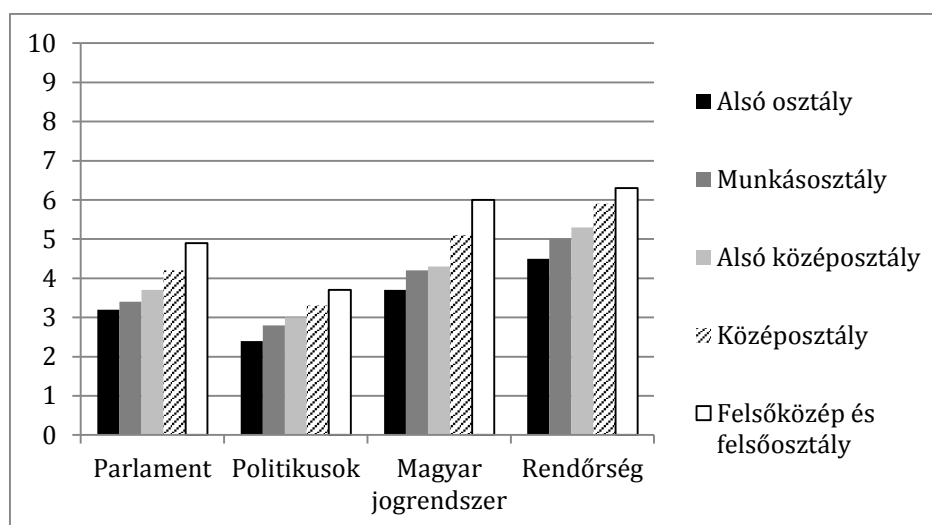


Forrás: (Gerő & Szabó, 2015, p. 45)

Megjegyzés: A megkérdezettek az alábbi kérdésre válaszoltak 0–10-ig terjedő skálán: „Kérem, mondja meg, hogy Ön személy szerint mennyire bízik a következő intézményekben...”, ahol a 0 az „egyáltalán nem bízik”, a 10 a „teljesen megbízik” jelentéssel bír. Az ábra a válaszok átlagát mutatja.

Az intézményekbe, és különösen a politikai intézményekbe vetett bizalom ilyen alacsony szintjének az „útfüggőség” elemzési keretéből következők mellett jelentős befolyásoló tényezője a közéleti és a „mindennapi” korrupciónak az ország lakosai számára hétköznapi tapasztalata. A korrupció magyarországi „státuszára” világít rá az a tény, hogy bár több más európai országban magasabb a tapasztalt vagy vélt korrupció szintje vagy a korrupciós epizódok gyakorisága, a korrupcióval szembeni tolerancia Magyarországon a legnagyobb (az összetett index értéke 11, a következő legmagasabb érték Litvánia 9 és Szlovákia 7 pontja) (Eurostat, 2014, p. T10). A társadalom állapota, illetve jelen témánk szempontjából ennek nem elsősorban a közvetlen egyéni és társadalmi gazdasági veszteség okán van jelentősége, hanem értelemszerűen az általánosított bizalom erodálása és a kiszolgáltatottság-érzet fokozása miatt. Ráadásul az intézményekkel szembeni bizalom szintje nem független a társadalmi helyzettől sem (Szabó, 2014; Gerő & Szabó, 2015). Az iskolázottsággal és az önbesoroláson alapuló társadalmi pozícióval is szoros összefüggést mutat, és konzekvensen a legrosszabb helyzetűek bíznak az intézményekben a legkevésbé:

66. ábra: Az intézményekbe vetett bizalom értéke szubjektív osztálybesorolás szerint, 2014



Forrás: (Gerő & Szabó, 2015, p. 49)

Megjegyzés: A megkérdezettek az alábbi kérdésre válaszoltak 0–10-ig terjedő skálán: „Kérem, mondja meg, hogy Ön személy szerint mennyire bízik a következő intézményekben...”, ahol a 0 az „egyáltalán nem bízik”, a 10 a „teljesen megbízik” jelentéssel bírt. Az ábra a válaszok átlagát mutatja. Az osztályhelyzet szerinti besorolás önbevallás alapján történt.

A bizalom csökkenése a társadalmi “gradiens” mentén azt jelenti, hogy a romboló bizalmatlanság az eleve is rosszabb helyzetben levőknél koncentrálódik.

Mind az intézményekkel szembeni bizalmatlanság, mind a korrupció problémájával összefügg a magyar társadalom Sik Endre által “kapcsolatérzékenységnek” nevezett jellegzetessége (Sik, 2001). Ez röviden annyit jelent, hogy Magyarországon – mint több más, volt szocialista vagy kevésbé kiforrott kapitalista országban is – nem a formális intézmények, hanem az informális, személyes kapcsolatok révén “működik” a társadalom szinte minden szintje. Egy adott probléma megoldásával kapcsolatban önmagában attól, hogy valaki a megfelelő pozícióban van és a megfelelő kompetenciákkal rendelkezik a szóban forgó probléma megoldásához (orvos a betegség meggyógyításához, ügyintéző az ügy elintézéséhez) nem fogunk bízni benne, csak ha közvetlen és személyes kapcsolat fűz hozzá. Ez egyrészt a kapcsolatok felértékelődését eredményezi, és ekként egyenlőtlenséget gerjeszt, hiszen az alacsony státuszúak kapcsolati tőkéje nyilvánvalóan alatta marad a társadalom jobb helyzetű tagjainak. Másrészt ugyanakkor az így felértékelődött kapcsolatok megszűnnek őszinték, önzetlenek és érdek nélküliek lenni, tehát végső soron a ember-ember közötti bizalom szintje is csökkenhet a társadalomban.

Generalizált bizalomhiánynak azt nevezzük, amikor egy társadalom tagjai kölcsönösen nem bíznak egymásban, nem tételeznek fel jóhiszeműséget egymásról – holott magát mindenki megbízhatónak tartja, vagyis a bizalmatlanságnak nincs ilyen értelemben vett “objektív” oka. Magyarországon ez igen jellegzetes (7. táblázat):

7. táblázat: Mit tennie Ön és mit tennie Ön szerint a többség, ha találnának egy pénztárcát az utcán? (%)

Mit tennie a kérdezett?	A kérdezett szerint mit tennie a többség?		
	Elténné	Nem tenné el	Összesen
Elténné	15	0	15
Nem tenné el	65	20	85
Összesen	80	20	100

Forrás: (Tóth, 2010, p. 267)

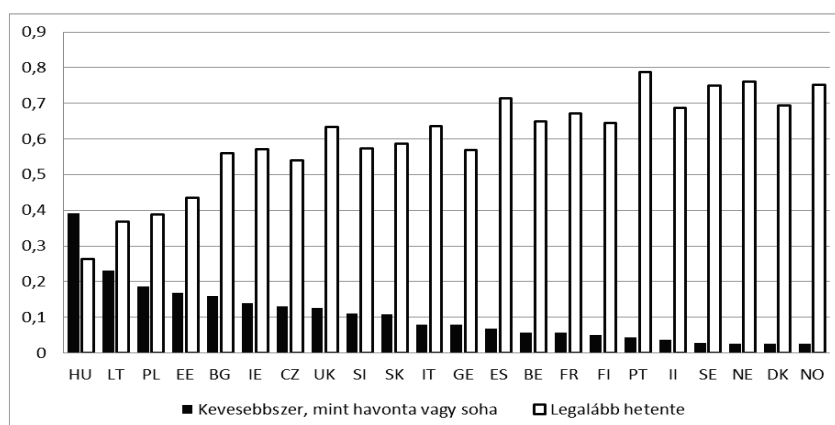
Az embereknek az a 65 százaléka, aki bár maga tisztességesen viselkedne, de másokról ezt nem tételezi fel, minden egyes döntése alkalmával szembesül azzal a dilemmával, hogy saját normakövető magatartása miatt hátrányba kerül. Ez pedig nem csak a társadalmon belüli bizalom, de már a normakövetési hajlandóság szintjére is hatással lehet: egy ilyen, nem kiegyensúlyozott helyzetben a rendszer valószínűleg negatív irányban, vagyis a normaszegés felé mozdul el.

Intuitíve belátható, hogy az általános bizalomhiány magasabb krónikus stressz-szinttel járhat együtt, mint amilyen egy bizalomteli társadalomban volna. Szakirodalmi eredmények igazolják, hogy a bizalmatlanság mint egyéni jellemző, ami ugyanakkor jellemzően nem független az egyén szocioökonómiai státuszától, összefügg különféle szív- és érrendszeri betegségek, daganatos betegségek kialakulásával, vagy krónikus gyulladások megjelenésével a szervezetben (ScienceDaily, 2007). A feltevések és empirikus tapasztalatok szerint a pszichoszociális közeg elsősorban a viselkedési mintázatokon keresztül van hatással az egészségi állapotra.

5.1.1 A TÁRSAS KAPCSOLATOK HIÁNYA

Oka és következménye is lehet az "általános másokban" való bizalom alacsony szintjének, hogy Magyarországon a többi európai országgal összehasonlítva megdöbbentően alacsony a társas időtöltés aránya (67. ábra):

67. ábra: A társaságba járás gyakorisága, 2012

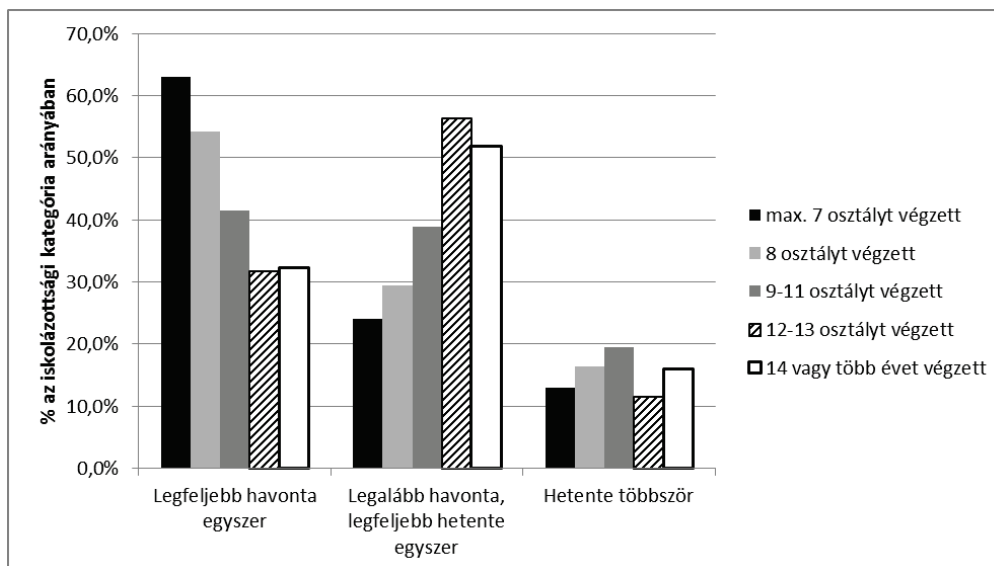


Adatok forrása: ESS Dataset, 2012-es hullám

Megjegyzés: A "Milyen gyakran jár össze barátaival, rokonaival, kollégáival" kérdésre adott válaszok aránya az egyes országokban. A válaszlehetőségek az alábbiak voltak: Soha; Kevesebb, mint havonta; Havonta; Havonta többször; Hetente; Hetente többször; Minden nap.

Ezekből az adatokból egy nagy mértékben elmagányosodott társadalom képe rajzolódik ki. Ez a magányosság azonban nem egyformán jellemző minden társadalmi csoportban: az alacsonyabban képzettek körében sokkal jellemzőbb, hogy nem járnak társaságba, csupán a (68. ábra):

68. ábra: A társaságba járás gyakorisága iskolázottság szerint



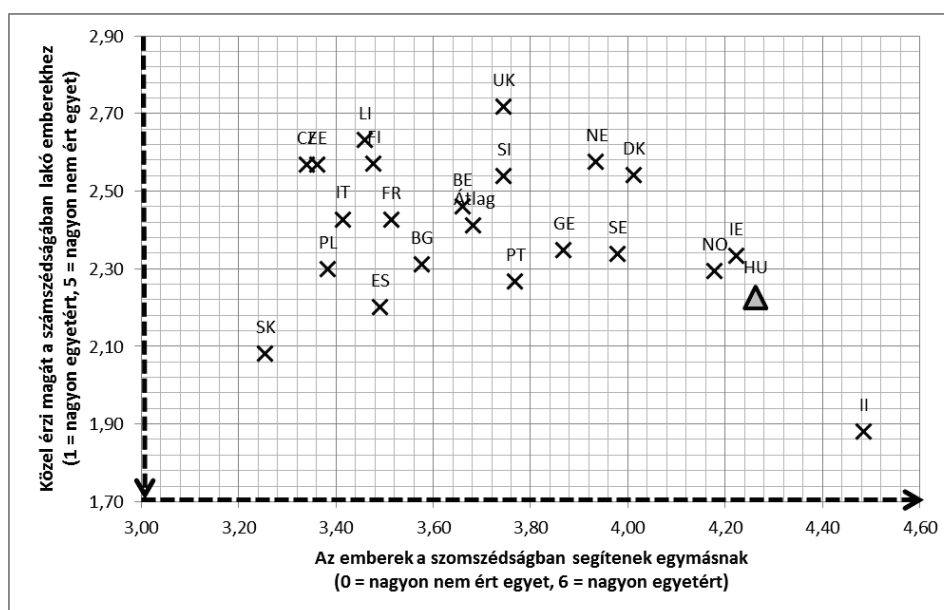
Adatok forrása: ESS Dataset, 2012-es hullám,

Megjegyzés: A "Milyen gyakran jár össze barátaival, rokonaival, kollégáival" kérdésre adott válaszok aránya az egyes iskolázottsági kategóriákon belül. A válaszlehetőségek az alábbiak voltak: Soha; Kevesebb, mint havonta; Havonta; Havonta többször; Hetente; Hetente többször; Minden nap.

Emellett 2011-ben a magyarok 21%-ának nem volt egy barátja sem, bár ez az arány a megelőző másfél évtizedben csökkent (Dávid & Albert, 2012). Az átlagosnál lényegesen magasabb az egy baráttal sem rendelkezők aránya az idősek, az alacsonyan képzettek és a rosszabb anyagi helyzetűek között: a 60 felettiak 41, a legfeljebb 8 általánost végzettek 40, a "hónapról hónapra élők" között pedig 35% azok aránya, akiknek egy barátjuk sincs.

A fentiek fényében némileg meglepő módon ugyanezen adatbázis adataiból az is kitűnik, hogy a "magányosodás" ellenére a lazább kisközösségi viszonyok relatíve jól működnek Magyarországon:

69. ábra: A szomszédsági viszonyok percepciója Magyarországon és Európában



Adatok forrása: ESS Dataset, 2012-es hullám

Megjegyzés: Mindkét tengely a jelzett kérdések egyes országokban elért átlagos pontszámait mutatja.

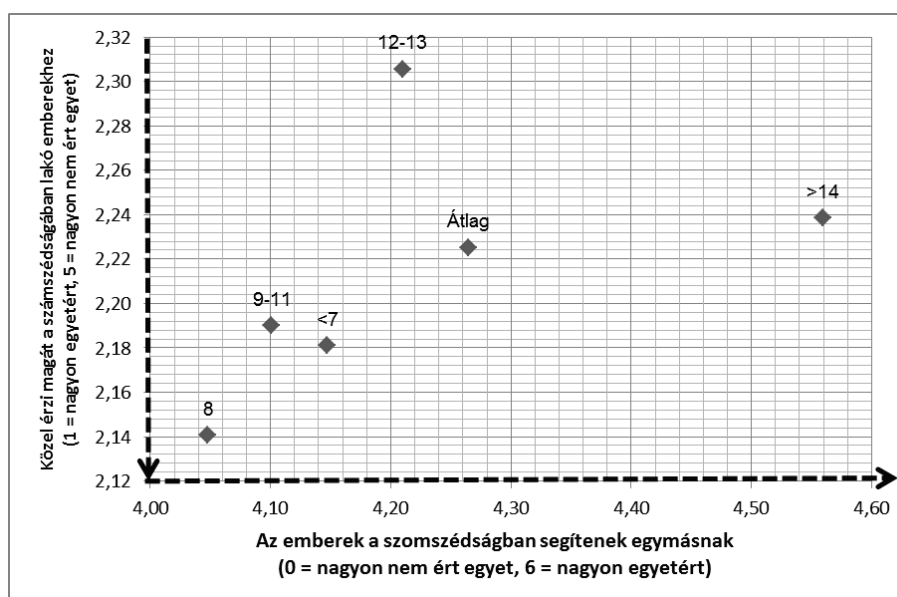
A függőleges tengelyen az alábbi kijelentéssel való egyetértés mértékét láthatjuk: "Közel érzi magát a szomszédságában lakó emberekhez". Válaszlehetőségek: 1 = Nagyon egyetért; 2 = Egyetért; 3 = Semleges; 4 = Nem ért egyet; 5 = Nagyon nem ért egyet.

A vízszintes tengelyen az alábbi kijelentéssel való egyetértés mértékét láthatjuk: "Az emberek a szomszédságában segítenek egymásnak". Válaszlehetőségek: 0 = Egyáltalán nem; 6 = Nagyon nagy mértékben.

A 69. ábra mutatta országok közül egyedül Izlandon viszonyulnak pozitívabban az emberek segítőkészség, és Izlandon, Észtországban és Szlovákiában a közösségi érzés szempontjából a szomszédságukban lakókhoz.

Iskolázottság szempontjából nem kevésbé érdekes kép rajzolódik ki, ha Magyarországon elemezzük a szomszédsággal kapcsolatos percepciót:

70. ábra: A szomszédsági viszonyok percepciója Magyarországon, iskolázottság szerint



Adatok forrása: ESS Dataset, 2012-es hullám

Megjegyzés: Mindkét tengely a jelzett kérdések egyes országokban elért átlagos pontszámait mutatja.

A függőleges tengelyen az alábbi kijelentéssel való egyetértés mértékét láthatjuk: "Közel érzi magát a szomszédságában lakó emberekhez". Válaszlehetőségek: 1 = Nagyon egyetért; 2 = Egyetért; 3 = Semleges; 4 = Nem ért egyet; 5 = Nagyon nem ért egyet.

A vízszintes tengelyen az alábbi kijelentéssel való egyetértés mértékét láthatjuk: "Az emberek a szomszédságában segítenek egymásnak". Válaszlehetőségek: 0 = Egyáltalán nem; 6 = Nagyon nagy mértékben.

A 70. ábra szerint a magasan képzettek kevésbé kötődnek a szomszédságukban lakókhoz, ugyanakkor inkább vélik úgy, hogy ha valakinek segítségre van szüksége, az megkaphatja tőlük ezt a segítséget, mint az alacsonyán képzettek.

A bizalom elvesztése és a fokozott individualizáció egy olyan, társadalmi léptékű pszichoszociális közeg kialakulását jelentik, amely közvetlen fenyegetést jelent a társadalom gyengébb pozíciójú tagjainak egészségi állapotára. A támogató társas kapcsolatok és kapcsolati hálók meggyengülése, elégtelenné válása az egészségromlás háttérében álló, nagy hatású pszichoszociális okok, például a krónikus stressz kialakulásában és fennmaradásában kiemelten fontos szerepet játszanak. Ismert, hogy a szociális izoláció a mentális egészségre gyakorolt, intuitíven belátható következményei mellett (Cacioppo, et al., 2006) egyebek mellett negatív hatással van az immunrendszerre (Hawkley, et al., 2007) és növeli a magas vérnyomás rizikóját (Hawkley, et al., 2010).

5.1.2 A PANASZ KULTÚRÁJA

A "hétköznapi" magyar kultúrának a panasz központi szerepe az egyik legjellemzőbb jelensége. Valójában nem tudni, kialakulása milyen régre nyúlik vissza. Forrásvidéke lehet a "sokat szenvedett nép" toposza, ami egyrészt reális történelmi tapasztalatokban gyökerezik, másrészt ugyanakkor hasonlóképp "sokat szenvedett", elnyomott, nyelvétől, önálló országától is megfosztott népek kultúrájában nem feltétlenül jelenik meg hasonló kulturális elem. Pedig Magyarországon a panasz jelentősége messze több annak pusztá tartalmánál vagy akár kommunikációs funkciójánál: "...nem csak beszédhelyzetet generáló, bevált fordulatok sora, hanem újra- és újratermelődő, önmagát és a közösséget

is megerősítő referencia-rendszer”⁴⁸. Ez is inkább rendszerspecifikus jellemző ugyanakkor: Kelet-Európa több országában, de egyes dél-európai és latin-amerikai országokban is jellegzetes, részben (ahol ez érvényes) a szocialista múlttal, részben a korábbi történelem jellemzőivel összefüggő, közösségteremtő kulturális elem (Ries, 1997; Bogdanovna, 2014).

A panasznak mint normának a másik “fele” a sikerről, pozitív életeseményekről való beszéd tabuja. Mindennek többértékű következményei vannak. Egyrészt, első látásra technikainak tűnő konzekvencia, hogy fenntartásokkal kell viseltetnünk az elégedettség-vizsgálatok eredményeivel szemben: a magyarok közismerten pesszimista, egyetlen nyugat-európai országban sem tapasztaltan negatív és elégedetlen attitűdjé az élet legkülönbözőbb dimenzióval kapcsolatban részben nyilvánvalóan ennek a kommunikációs szabályrendszernek, a panasz parancsának a következménye – ahogy más országok kimagasló elégedettségében szerepet játszhat egy ellentett “parancs”.

A panasz kultúra másik folyamánya, abban az országban, ahol mindenki kötelezően “panaszodik”, ott szükségszerűen veszt a súlyából azoknak a panaszszava, akik valóban szükségét szenvednek. Ez pedig maga után vonja a szegénység-percepció torzulását, a társadalmi szolidaritás erózióját, a társadalmi kohézió gyengülését. Harmadrészt a sikert tabuként kezelő kommunikációs parancs ideális közege a vállalkozás-ellenes környezet kialakulásának. Ennek “reális” talaját a rendszerváltást követő zűrzavaros évek sokszor átláthatatlan viszonyai közepette, nem egyszer a kriminalitás határát súroló (valószínűleg már soha nem felderíthető) módon szerzett vagyonok jelentik, de általánosságban a vállalkozással, a gyarapodással, “ügyeskedéssel” szemben gyökeresedett meg, és mindmáig nem oldódott fel.

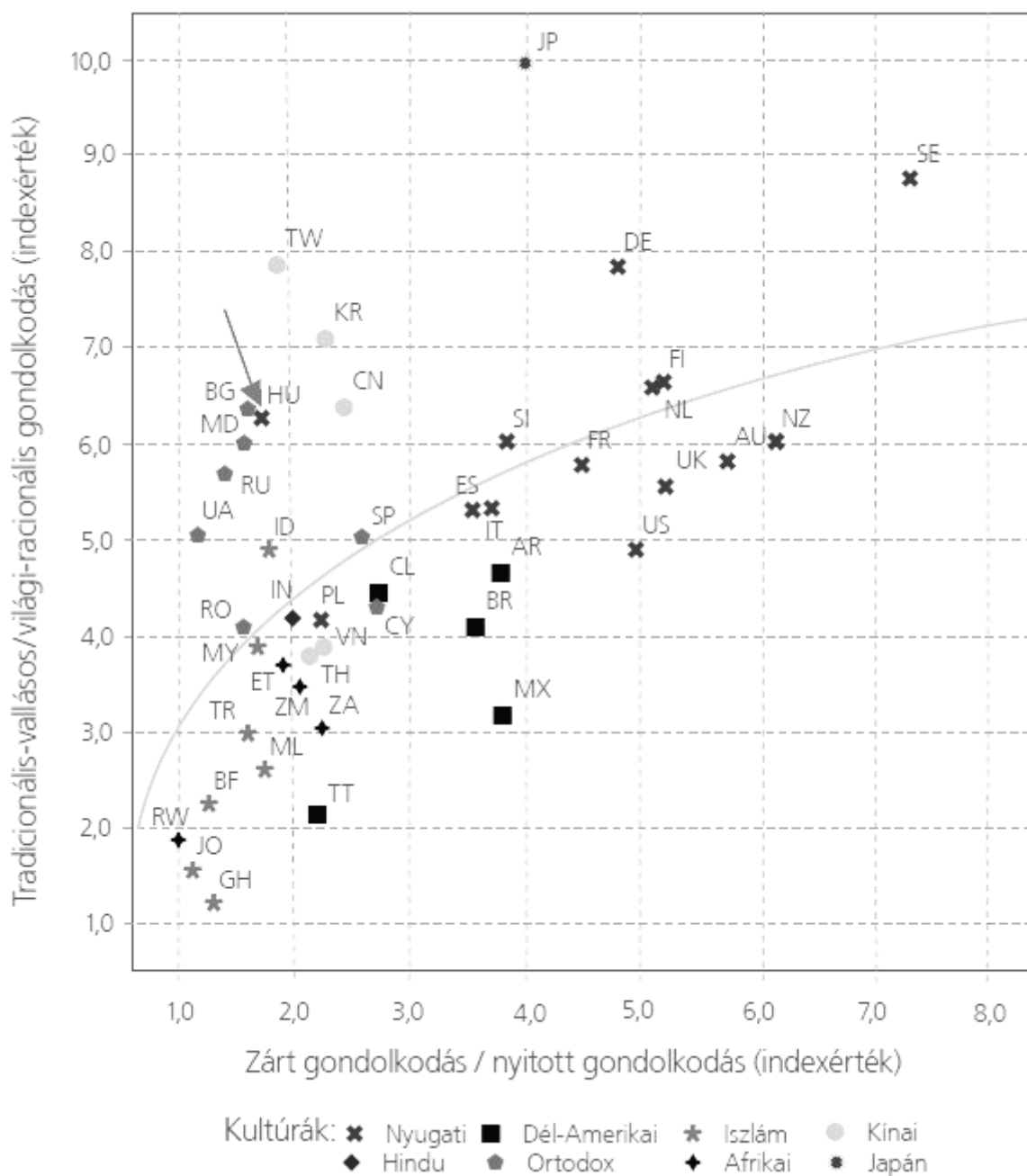
5.1.3 ZÁRT GONDOLKODÁS

A magyar szociológiai irodalomban az elmúlt években egyre hangsúlyosabbá vált a társadalom “alapkérdéseinek” a kutatása: a “hogyan működik”, “mi tartja egyben”, és egyáltalán, “egyben van-e” kérdései (Kovách & Dupcsik, 2012; Értéktér-projekt, 2009). Ezek a kérdések a társadalmi értékekre, a társadalmi integrációra és kohézióra vonatkoznak, és összességében megállapítható, hogy a rájuk adott válaszok Magyarország viszonylatában kedvezőtlenek.

A fentiek jegyében történt kutatások egyik vonulata az érték kutatásoké. Ezek eredményei szerint egyrészt a magyar emberek gondolkodása a tradicionális-vallásos/világi-rationális gondolkodás és a zárt gondolkodás/nyitott gondolkodás által kirajzolt értéktérben inkább világi-rationális, de nagy mértékben zárt (71. ábra) – összességében leginkább az európai “ortodoxnak” nevezhető országcsoporthoz (például Oroszországhoz, Ukrajnához, Bulgáriához) állunk közel:

⁴⁸ Az idézet Sebők Marcell történész, antropológusnak a Litera irodalmi portálon vezetett „netnaplójából” való: <http://www.litera.hu/netnaplo/panaszkultura>

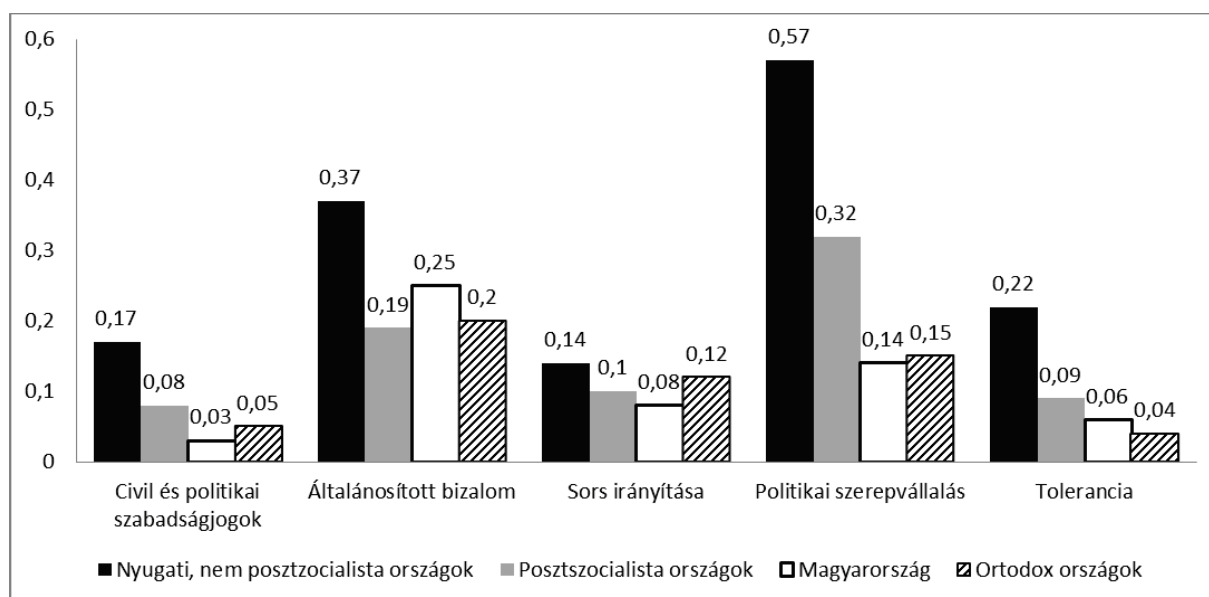
71. ábra: Magyarország helye a világ értéktérképén (2009)



Forrás: (Keller, 2009, p. 12)

A zárt/nyitott gondolkodás indexét különböző mutatók alapján képezték. Ezek egyenkénti értékeit Magyarország és három európai országcsoporthoz a 72. ábra mutatja:

72. ábra: A zárt/nyitott gondolkodás indexét alkotó mutatók értékei Magyarországon és három másik európai országcsoportban



Adatok forrása: (Tóth, 2010)

Megjegyzések:

1. Nyugati kultúrához tartozó, nem posztzocialista országok: AU, AT, BE, CA, DE, DK, ES, FI, FR, IE, IS, IT, LU, MT, NL, NZ, PT, SE, UK, US;
2. Nyugati kultúrához tartozó posztzocialista országok: CZ, EE, HR, LT, LV, SI, SK, PL;
4. Ortodox országok: BY, BG, CY, MK, MD, RO, RU, SP, UA.

A zárt/nyitott gondolkodás indexének értékét az egyes alább felsorolt index-elemek z-score értékeinek összege adja:

Civil és politikai szabadságjogok indexe: azok aránya a társadalomban, akik az első vagy második helyen jelölik meg a szólásszabadság védelmének fontosságát egy négy tételt tartalmazó felsorolásból. A lista többi eleme: rendet tartani az országban; több beleszólást adni az embereknek a kormánydöntésbe; küzdeni az áremelkedés ellen.

Bizalom: azok aránya a társadalomban, akik szerint a legtöbb emberben meg lehet bízni.

Sors irányítása: azok aránya a társadalomban, akik 10-es kóddal válaszoltak egy olyan, 1-től 10-ig terjedő skálán, ahol az 1-es jelentése: „semmi lehetőségem nincsen sorsom irányítására”, a 10-esé pedig: „nagyon sok lehetőségem van sorsom irányítására”.

Politikai szerepvállalás: azok aránya a társadalomban, akik életük során valamikor írtak alá petíciót.

Tolerancia: „Mennyire tartja megengedhetőnek a homoszexualitást?” A nagyon megengedők aránya, 10-es kód az 1-től 10-ig terjedő skálán.

A 72. ábra azt mutatja, hogy Magyarországra az általánosított bizalom kivételével valamennyi mutató esetében zártabb gondolkodás jellemző (az index esetünkben a legkisebb), mint a nyugati kultúrához tartozó posztzocialista és nem-posztzocialista országcsoportokra. Ami a tolerancia, vagyis a másság elfogadását jelenti, bár a fent bemutatott kérdés a melegekre vonatkozott, a magyarok nem csak velük szemben elutasítóak: általában az idegenekkel, a zsidókkal és a feketékkel⁴⁹ szemben is, és a nőkkel szembeni szexista beállítottság is Magyarországon a legerőteljesebb (G. Márkus, 2012).

A nyitottság hiánya az egészségi állapot szempontjából makro- és mikroértelemben is súlyos teher. Egyrészt akadályt állít a “kreatív osztály” (Florida, 2002) felemelkedésének útjába, következésképp csökkenti a gazdaság versenyképességét a posztindusztriális piaci közegben. De nem csak a kiemelkedően kreatívak, hanem a társadalom valamennyi tagjának az adaptációs készségeit, a rugalmas reagálásra való

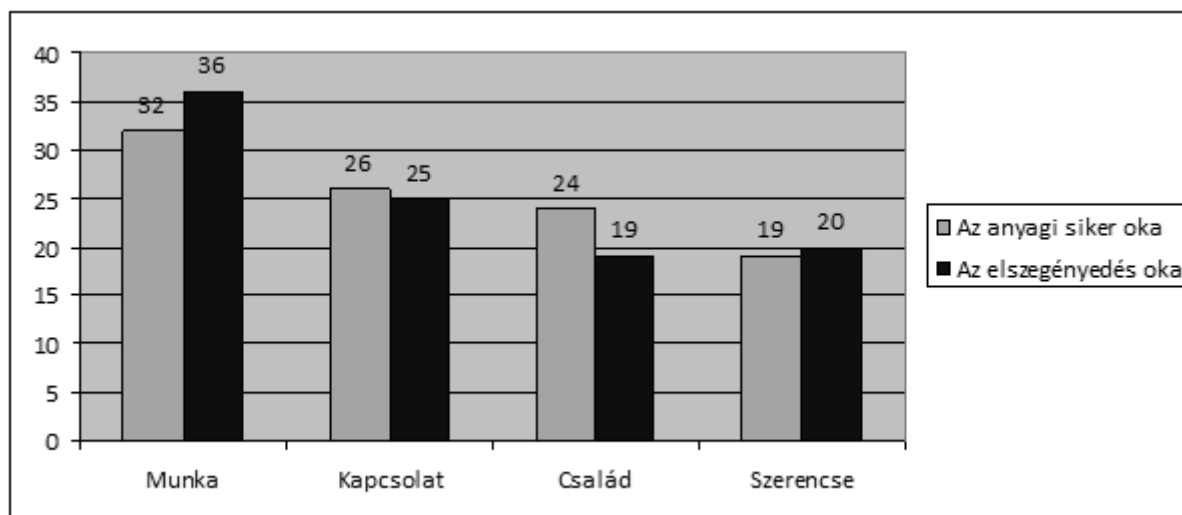
⁴⁹ Ez a vizsgálat a rasszizmus dimenzióját a feketék-fehérek viszonylatban vizsgálta csak.

képességét korlátozza. Másrészt maga is a szolidaritás és a kohézió, a társadalomban a magunkétól akár kis mértékben is eltérő életet élő “mások” befogadásának ellenében, vagyis a társadalmi és ezzel összefüggésben az egészséggel kapcsolatos egyenlőtlenségek növekedésének irányában hat.

5.1.4 INKOHERENS ÉRTÉKRENDSZER

A gondolkodás zártsága az értékrendszer inkoherenciájával társul. Önellentmondások tapasztalhatók társadalmi szinten azzal kapcsolatban, hogy mitől függ, boldogulni tud-e valaki az életben. Egyrészt, nagyon sokan gondolják úgy, hogy a siker feltételei elsősorban külső tényezők (kapcsolatok, családi háttér); a sikertelenséget, elszegényedést ezzel szemben nagyobb mértékben tulajdonítják egyéni jellemzőknek az emberek (73. ábra):

73. ábra: Az anyagi siker, illetve az elszegényedés legfőbb okai a magyar lakosság szerint – az egyes okokat a legfontosabbnak tartók aránya



Forrás: (Tóth, 2010, p. 281)

Ezzel összefüggésben az az uralkodó vélemény, hogy “Ebben az országban becsületesen nem lehet meggazdagodni” (a megkérdezettek 82 százaléka gondolja így) (Tóth, 2010), és elterjedt az a nézet, hogy “csak mások kárán lehet meggazdagodni” (egy tízfokozatú skálán 6,5 a magyar válaszok átlaga, a legmagasabb a vizsgált országok körében). 2009-ről 2013-ra 11-ről 7%-ra csökkent azok aránya, akik szerint a kemény munka “meghozza a gyümölcsét” (Keller, 2014). Különösen bizarr és aggasztó például a képzettség, iskolázottság szerepének alacsony értékelése (2009-ben csak kicsivel több, mint a megkérdezettek 30%-a gondolta, hogy ez hozzájárulhat a későbbi boldoguláshoz), miközben a férfiak felsőfokú végzettségének belső megtérülési rátája Magyarországon az egyik legmagasabb az európai országok között (Lannert, 2009).

A “tisztességes sikerrel” szembeni szkepszis a panaszskultúra siker-tabuja mellé illesztve megteremthet egyfajta vállalkozásellenes attitűdöt. A sikerrel szembeni gyanakvás teremtette közeg a gazdasági sikerre való motivációt, illetve az elért sikert gyakorlatilag integrálhatatlanná teszi a társadalomba. Össztársadalmi szinten mindez jelentős erőforrásoktól foszthatja meg a közösséget egyrészt a gazdasági teljesítőképesség visszafogásán keresztül, másrészt a gazdasági prosperitást elérő rétegek társadalomból

való, részben kényszerű kiilleszkedése, a kohézió gyengülése, az egyenlőtlenségek növekedése révén. Mindez összességében az egészségi állapot romlása és az egészség-egyenlőtlenségek növekedésének irányába hat.

Összhangban a 73. ábra adataival bár a szegénységet 2009-ben és 2014-ben is csak az emberek körülbelül 13%-a tulajdonította kifejezetten a szegények lustaságának, de ugyanezen idő alatt 59-ről körülbelül 50%-ra csökkent azoknak az aránya, akik szerint a szegénység a társadalom igazságtalan működésének következménye (Tóth & Fábián, 2014).

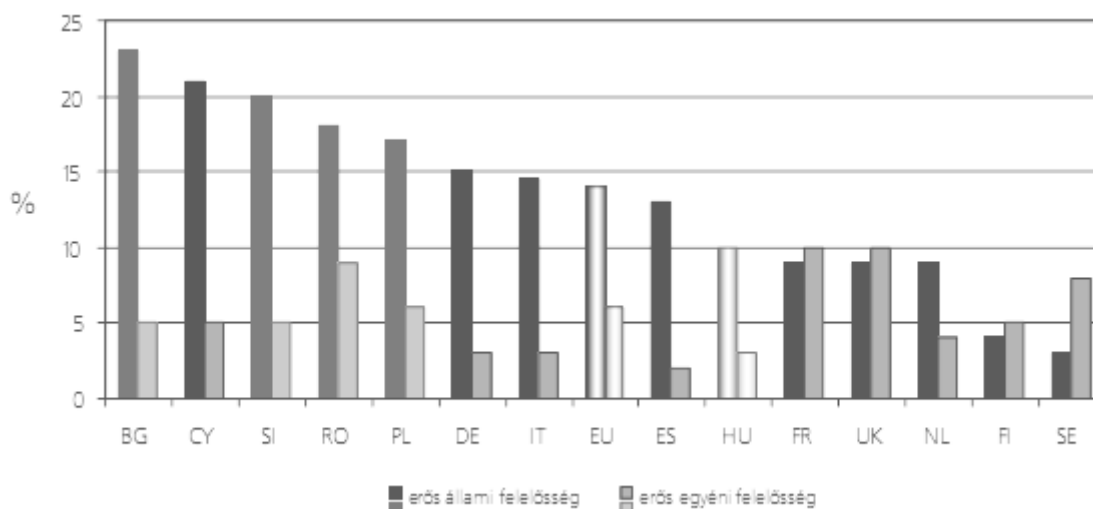
Az értékválság megértéséhez nem hagyhatjuk figyelmen kívül a politikai kultúra alakulását. Az elmúlt 10 évben jelentősen polarizálódott a politikai tér Magyarországon, vagyis leapadt a magukat "középre" sorolók, és felduzzadt a magukat élesen bal- vagy (különösképp) jobboldalinak vallók aránya (Fábián, 2012). Különböző adatokból ugyanakkor arra következtethetünk, hogy az emberek nem csak hogy szorosan azonosulnak egyik vagy másik politikai oldallal, de részben értékrendszerüket is alárendelik ennek.

5.2 MAKROSTRUKTÚRÁK: FÜGGÉS, FELELŐSSÉG, SZOLIDARITÁS, KOHÉZIÓ

A szocialista állam korlátozta az emberek politikai szabadságát és önrendelkezését, de cserébe relatív biztonságot nyújtott. Más kérdés, hogy mindezt makroszempontról nem fenntartható módon – a kapun belüli munkanélküliséggel, mindenféle racionalitást nélkülöző forrásallokációval és termeléssel, külföldi hitelből – tette. Bár a szocialista korszak második felében, a tervgazdaság alapstruktúrájának "takarásában" Magyarországon felépült a második gazdaság: a létbiztonságon túlterjedő egyéni jólétet emberfeletti munkával, GMK-zással, "maszekolásokkal", háztájival megteremtő árnyékgazdaság, ennek alternatíváját továbbra sem a nincstelenség, hanem a fent leírt módon garantált foglalkoztatás és stabil, ha nem is túl magas, életszínvonal jelentette.

Az állammal szembeni, a volt szocialista társadalmakban jellemző meglehetősen magas elvárások tanúsága szerint ettől a "gondoskodó", paternalista államtól nehéz elszakadni (74. ábra):

74. ábra: Egyéni és állami felelősséggel kapcsolatos vélemények Magyarországon és az EU néhány országában, 2009.



Forrás: (Albert & Dávid, 2009, p. 35)

Megjegyzés: Az oszlopok azoknak az arányát jelölik, akik egy tízfokozatú skálán a leginkább egyetértettek azokkal a kijelentésekkel, hogy "Az államnak nagyobb felelősséget kellene vállalnia az emberekről való gondoskodásban?" (bal oldali, sötétebb oszlopok), illetve hogy „Az embereknek nagyobb felelősséget kellene vállalniuk abban, hogy gondoskodjanak önmagukról?” (jobb oldali, világosabb oszlopok).

Ugyan Magyarország látványosan nem a többi posztoszocialista ország között foglal helyet az állam szerepét illetően, de azoknak az aránya, akik szerint az egyéneknek kéne a saját életükért felelősséget vállalni, csak Észtországban alacsonyabb nálunk. Ráadásul bizonyos részterületeken, például a munkahelyteremtés, a munkanélküliek megélhetésének biztosítása terén az európai átlagnál, és több régióbeli társunknál is nagyobb felelősséget várunk el az államtól (Albert & Dávid, 2009). Ez, vagyis a felelősség kérdése valójában a gondoskodás iránti vágy másik oldala.

Egy 2014-ben zajlott adatfelvétel eredményei szerint jelentős változás látszik a magyarok attitűdjében az állami gondoskodás iránti igény terén (Tóth & Fábián, 2014; Fábián, et al., 2014). Míg 2009-ben több, mint a Magyarországon megkérdezettek 60%-a preferálta volna a több állami kiadást magasabb adók árán, 2014-ben ez az arány csak 40% körüli. Azoknak az aránya, akik alacsonyabb kiadásokat és alacsonyabb adókat szeretnének eközben 28-ról 30%-ra nőtt (Fábián, et al., 2014, p. 49). Hasonló irányú, bár kisebb mértékű változás zajlott le több más, hasonló dimenzióban. 2009-ben például még a megkérdezettek körülbelül 67%-a vallotta, hogy alapvetően az állam feladata polgáraitól gondoskodni, 2014-ben már csak 52%-uk. Eközben azoknak az aránya, akik szerint az embereknek kell több felelősséget vállalniuk saját magukért, körülbelül 27-ről körülbelül 32%-ra nőtt (Fábián, et al., 2014, p. 50).

Két okból is óvatosan kell kezelni ezeket az adatokat. Egyrészt: bár a kérdések feltevésének módja szerint a válaszadóknak választaniuk kellett volna a két véglet között, volt "attól függ" és "nem tudom" válaszlehetőség is. A fentiekből látható, hogy az állami gondoskodás híveinek aránycsökkenése nem járt együtt a piaci megoldásokat, illetve az öngondoskodást feltétlenül előtérbe helyezők arányának megegyező mértékű növekedésével, vagyis nem egy egyértelmű kétpólusú átrendeződés tanúi vagyunk. Másrészt, az állami jóléti kiadások mennyiségéről szóló kérdés a nagyobb/kisebb

mértékű állami újraelosztással (adóteherrel) kapcsolatos preferenciákra vonatkozott⁵⁰, valószínűleg hatással volt tehát a válasza az újraelosztás aktuális (érezelt) mértéke. A válaszok ezért feltehetően nem *általában* az újraelosztás iránti igényt, hanem az *aktuális helyzethez képesti* változás ideálisnak tekintett irányát tükrözik. Hasonlóképp, az, hogy a magyar értékek a mezőny közepén helyezkednek el, nem nyújtanak információt arra vonatkozóan, hogy a magyarok európai viszonylatban mekkora újraelosztást preferálnak, hanem hogy az adott, a résztvevő országokban nagyon eltérő elosztási mértékekhez képest kívánt változás mértéke átlagos Magyarországon – ez azonban egyaránt jelentheti az átlagos újraelosztásnál magasabb, vagy az annál alacsonyabb elvárt újraelosztást⁵¹. Az adatok óvatos értelmezésének szükségességére hívja fel a figyelmet egy másik adatfelvétel, amely szerint 2009 és 2013 között az állami jóléti szerepvállalás több dimenziójában nőtt Magyarországon a paternalizmus-igény, bár ugyanezen beszámoló szerint a jövedelemkülönbségek mérséklése terén csökkent az állammal szembeni elvárások mértéke (Keller, 2014).

5.2.1 SZOLIDARITÁS

Első ránézésre különös, mégis koherens és megmagyarázható módon a társadalmi egyenlőtlenséggel szembeni elkötelezettség és az etatista attitűdök Magyarországon nem járnak együtt a szegényekkel szembeni szolidaritás magas fokával. A szegényekkel szembeni attitűd megértő, de nem szolidáris (Connex Kft., 2012), a segélyezettekkel kapcsolatos attitűd ugyanakkor kifejezetten gyanakvó és ellenséges: erőteljes a meggyőződés, hogy a segélyezettek a támogatásokat nem a megfelelő célra fordítják, sőt, többségük valójában nem is rászoruló (Medián, 2012). Ugyancsak egyetért a többség – pártpreferenciától szinte függetlenül – a segélyek feltételhez, és korántsem csak az együttműködési, hanem különféle magatartásbeli feltételekhez kötésében.

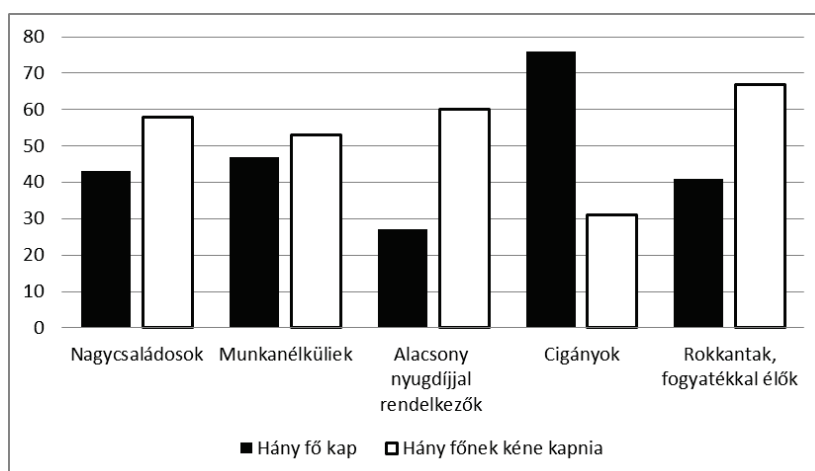
Magyarországon mindennek erőteljes etnikai színezete van. 2010-ben a – szegénység szempontjából kiemelt – társadalmi csoportok közül a romák voltak az egyetlenek, akik közül a megkérdezettek szerint sokkal többen kapnak szociális segílyt, mint ahánynak “kapnia kéne” (

⁵⁰ A kérdés az eredeti angol kérdőívben a következőképp szólt: „Still about the different steps that should be taken to help solving social and economic problems in (OUR COUNTRY), which of these two statements comes closest to your view?”; Válaszlehetőségek: 1 – A high level of health care, education and social spending must be guaranteed, even if it means that taxes might increase; 2 – Taxes should be decreased even if it means a general lower level of health care, education and social spending; 3 – It depends; 4 – I don’t know. (EB81.5 Questinnaire, QA11. kérdés)

⁵¹ Ez nem igaz az állami vs. öngondoskodás kérdésére, ami abszolút értékelésre vonatkozott.

75. ábra):

75. ábra: A szociális segély elterjedtsége és szükségessége különböző csoportokban, a megkérdezettek véleménye szerint



Forrás: (Bernát, 2010, p. 317).

Megjegyzés: Az adatok forrása TÁRKI Omnibusz 2010. február

A cigányellenesség más, nem csak a szegénységgel összefüggő szempontok szerinti alakulása az elmúlt két évtized kérdőíves felmérései alapján vagy nem mutat világos tendenciát, vagy a fokozódása figyelhető meg. 2011-ben kicsivel több, mint az emberek 80%-a gondolta, hogy a cigány gyerekeknek joguk van egy osztályba járni nem cigányokkal (ez az arány 2002-ben még elérte a 90%-ot); 80% körül mozog azoknak az aránya, akik szerint “a cigányok problémái megoldódnának, ha végre elkezdenének dolgozni; a megkérdezettek 60%-a ért egyet azzal az állítással, hogy “a bűnözés a cigányok vérében van” (Bernát, et al., 2013).

Magyarázatot nyújthat a szegényekkel szembeni szolidaritás gyengülésére Janky Béla és munkatársainak kísérlete, melynek eredményei szerint a szegénységnek a stigmatizált csoportok érintettségét hangsúlyozó médiareprezentációja (jelen esetben az, ha a szegénységet “roma-problémaként” pozicionáljuk) negatívan hat a szegényekkel szembeni szolidaritás szintjére (Janky, et al., 2014). Az elmúlt évtized ez irányú médiakutatásai szerint a szegénységgel kapcsolatos tartalmakban jellemzően nem cigány döntéshozók és cigány szegények látszanak (Bernáth & Messing, 2012b), a cigányok pedig szinte kizárólag szegény, műveletlen, normaszegő, sokszor agresszív csoportként jelennek meg a médiában (Munk, 2013; Bernáth & Messing, 2012a).

5.3 TÁRSADALMI KOHÉZIÓ ÉS EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT AZ ESS2012 ADATAI ALAPJÁN

Fábián Zoltán már idézett elemzése szerint a ma tapasztalható gazdasági és társadalmi történések Magyarországon és Európa más országaiban is hasonló, valójában nagyon egyszerű mechanizmusokon keresztül vezetnek a társadalmi szolidaritás és a társadalmi kohézió, vagyis a társadalom integráltságának eróziójához:

“...nem egyszerűen jóléti sovinizmusról van szó a fejlettebb társadalmakban sem, hanem a társadalmi szegmentáció, a kulturális és identitásalapú elkülönülés, valamint az egyenlőtlenségek felerősödéséről. Vagyis a társadalmi kohézió hiányáról. A gazdasági

válság, a kedvezőtlen demográfiai trendek és a nagy újraelosztó rendszerek (köz- és felsőoktatás, társadalom és egészségbiztosítás) fenntarthatatlansága a középosztályokat abba az irányba löki, hogy felmondják a társadalmi szolidaritást az alsóbb osztályokkal. Ez véleményünk szerint a jobboldali radikalizmus térhódításának fő mozgatórugója. A szélsőjobb ugyanis ezekre a társadalmi kérdésekre azonnali, leegyszerűsítő, könnyen érthető válaszokat kínál.” (Fábián, 2012).

Magyarországot illetően annyi kiegészítés kívánczik csak ehhez a bekezdéshez, hogy mindez nálunk egy kicsit talán „lejjebből” indul, lévén a szolidaritás és a kohézió szintje a fentiekben bemutatottaknak megfelelően korábban sem voltak kifejezetten magasak.

A kohézió gyengülése a teljes társadalomra nézve negatív következményekkel jár, beleértve ebbe az egészségi állapotot veszélyeztető faktorok erősödését is. Ez a rizikó azonban, tekintve a fentiekben bemutatott jellemzők társadalmi megoszlását egyrészt és hatását másrészt, várhatóan az alacsonyabb státuszú társadalmi csoportokban sűrűsödik össze, vagyis az általános egészségi állapot várható romlása mellett az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek növekedése is valószínűsíthető.

5.3.1 A TÁRSADALMI TŐKE⁵² MÉRÉSE ÉS AZ EGÉSZSÉGGEL VALÓ ÖSSZEFÜGGÉSE – SZAKIRODALMI KITEKINTÉS

A társadalmi tőke és az egészségi állapot összefüggéseinek kutatása a 2000-es évek elejétől indult virágzásnak⁵³. A „társadalmi tőke” fogalma nehezen megragadható, ezért a kutatási terület rendkívül szerteágazó. A kutatók számtalan különböző módon definiálják, konceptualizálják és operacionalizálják a társadalmi tőkét, az egészen leegyszerűsítő definícióktól a nagyon összetettekig (Kawachi, et al., 2008b). Az egyik alapvető koncepcionális és egyben módszertani kérdés, hogy a jelenség, amit vizsgálunk, egyéni vagy csoportjellemző-e. Ichiro Kawachi és munkatársainak 2008-ban megjelent, *Social Capital and Health* című tanulmánykötete (Kawachi, et al., 2008a) szerint a szakirodalomban két domináns kutatási megközelítése létezik a társadalmi tőkének. Az egyik, az alapvetően Robert Putnamot (Putnam, 2000) követő „társadalmi kohézió”-iskola a társadalmi tőkét csoportszinten értelmezi, vagyis itt a tőkével való ellátottság egy csoport jellemzője, amely csoport tagjaira individuumként akkor is ez a csoportszintű jellemző hat, ha maguk nem annak megfelelően viselkednek (például egy nyitott és bizalomteli közösségben bezárkózóak). A másik, „hálózati” iskola ezzel szemben inkább Pierre Bourdieu (Bourdieu, 1998 (1983)) és James Coleman (Coleman, 1994 (1990)) individualista megközelítését követve csoportszinten és egyéni szinten is értelmezhetőnek/értelmezendőnek tartja a társadalmi tőkét. Utóbbi iskola módszertani individualista irányzatának jellemzője, hogy az egyének rendelkezésére álló, a társadalmi tőkével koncepcionálisan összefüggő erőforrásokhoz való hozzáférés alapján becsülik az

⁵² Az itt bemutatott nemzetközi szakirodalomban a társadalmi kohézió kifejezést a társadalmi tőkét kifejezetten csak csoportszinten értelmező megközelítéssel kapcsolatban használják. Mivel elemzésemben, javarészt módszertani akadályok miatt, nem köteleződöm el egyértelműen emellett a megközelítés mellett, a továbbiakban a tágabb értelmű „társadalmi tőke” kifejezést fogom használni. Ezalatt egyaránt értem a társadalom különböző csoportjait összefűző „kötőanyagot”, és az egyének által elérhető szimbolikus erőforrások összességét.

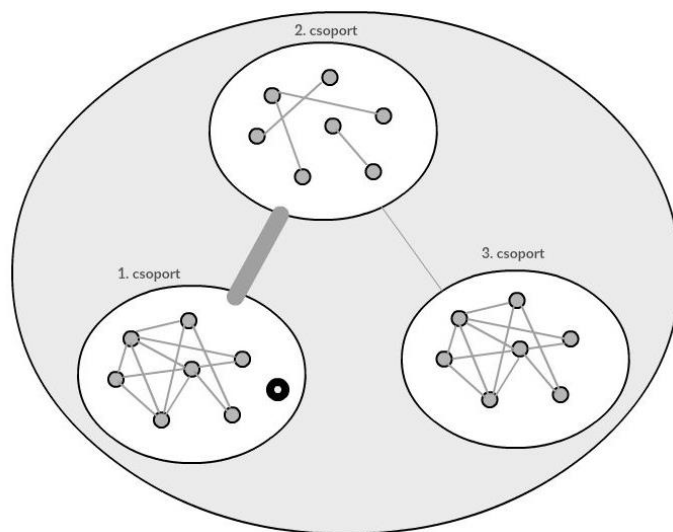
⁵³ A PubMed adatbázisában 2000-ben 68, 2015-ben 510 találatot ad a „social capital and health” keresőkifejezés.

egyén rendelkezésére álló társadalmi tőkét. Az erőforrások ez esetben például a bizalmat, a megbecsültség érzetét, az egyén társadalmi beágyazottságát (például, és a hálózati iskola esetében jellemzően, a rendelkezésére álló segítő kapcsolatokat) jelentik (van der Gaag & Webber, 2008). Kawachi és munkatársai maguk úgy vélekednek, hogy alapvetően mindkét megközelítés egyszerre alkalmazandó, vagyis a társadalmi tőke jelent csoportszintű kohéziót, és egyéni szintű erőforrásokat egyaránt.

Az egyéni vs. csoportszint mellett felmerülő másik fontos, és az előbbtől nem egészen független szempont, hogy a vizsgált tőke hasonló emberek közötti „kötés” (bond), vagy különböző emberek csoportjai között kapcsolatot teremtő híd (bridge). A „bonding” típusú társadalmi tőkével kapcsolatban számos kutatás igazolta, hogy az bizonyos körülmények között inkább veszélyeztető faktorként mintsem erőforrásként funkcionál (lásd pl. (Mitchell & LaGory, 2002; Ziersch & Baum, 2004; Caughey, et al., 2003) – például egy alapvetően rossz egészségmagatartási mintát (dohányzást, drogfogyasztást) elváró közösséghez való szoros kötődés értelemszerűen veszélyeztetni fogja az egyéni egészségi állapotot, hiába jár együtt a társadalmi tőke magas szintjével akár.

A 76. ábra Kawachi és szerzőtársainak (2008b) módszertani összefoglalója nyomán egy olyan hipotetikus társadalom modelljét mutatja, amely három nagyobb társadalmi csoportra tagolódik:

76. ábra: A kohézió értelmezési szintjei egy hipotetikus társadalomban



Forrás: Kawachi et al (2008b) szöveges módszertani összefoglalója nyomán saját illusztráció

A pozitív kapcsolatokat – amelyek lehetnek személyes kapcsolatok, vagy bizalom, elismertség, együttműködés, stb. – vonalakkal jelöltem. Az 1. és a 3. csoporton belül sűrűek az egyének közötti kapcsolatok, egy egyént kivéve az 1. csoportban, aki nem kapcsolódik be a hálózatba. Az 1. és 2. csoport között erős csoportszintű kapcsolat van, a 2. és 3. csoport között nagyon gyenge, az 1. és a 3. csoport között nincs kapcsolat. Utóbbi kapcsolatokat tekinthetjük „hidaknak”, míg a csoporton belüli kapcsolatok feltehetően inkább „kötések”, amennyiben hasonló egyéneket kapcsolnak össze. Ez a modell három különböző szinten engedi vizsgálni a társadalmi tőkét: egyrészt van egy össztársadalmi szintű „tőkeellátottság”, ami magasabb lenne, ha mindhárom csoport között erősebb volna a pozitív kapcsolat, de lehetne a jelenleginél gyengébb is. Másrészt van a csoportonkénti tőke, ami egyrészt függhet attól, hogyan ágyazódik be a csoport a

társadalomba – ebből a szempontból a 2. csoport van a legjobb helyzetben, hiszen ők mindkét másik csoporthoz kapcsolódnak, és a 3. csoport a legrosszabban. Másrészt a csoportszintű tőkét jellemzi a csoporton belüli pozitív kapcsolatok mennyisége is – ebből a szempontból pusztán mennyiségileg a 2. csoport van a legrosszabb helyzetben, és körülbelül hasonló az 1. és a 3. csoport helyzete. A harmadik az egyéni szint, ez arra vonatkozik, maga az egyén mekkora „tőkével” rendelkezik, és ez nagyjából a rendelkezésére álló pozitív kapcsolatok számával tekinthető arányosnak. A hálózati megközelítés ezeket az egyéni kapcsolatokat veszi számba, figyelembe véve azok minőségét is, vagyis hogy ténylegesen mekkora erőforrást jelentenek az egyéneknek. Eszerint a megközelítés szerint az 1. csoport „magányos farkasa” van a legrosszabb helyzetben, hiszen neki egyetlen erőforrást jelentő kapcsolata sincs. A kohéziós megközelítés ezzel szemben a csoporton belüli kohézióra összpontosít: ez alapján hiába nincs az 1. csoport különálló tagjának egyetlen személyes kapcsolata sem, a csoportját amúgy sűrűn átszövő pozitív kapcsolatok, és a társadalom más csoportjaihoz fűződő kapcsolata révén, vagyis az „ökológiai” adottságai miatt jó eséllyel még mindig jobb helyzetben van, mint a 2. csoport tagjai.

Kawachi és szerzőtársai (Kawachi, et al., 2008b) szerint a társadalmi tőke és az egyéni egészségi állapot összefüggésének vizsgálatakor ideálisan figyelembe kéne venni nem csak az egyéni, hanem az „ökológiai kitettséget” is, vagyis hogy milyen a vizsgált egyén tágabb környezetének ellátottsága társadalmi tőkével, ami többszintű adatokat és elemzést feltételezne. Az alábbi elemzésben én ezzel szemben csak a megkérdezett egyének véleményéből, szubjektív élményeiből tudok kiindulni – az adatok nem teszik lehetővé, hogy figyelembe vegyem, milyen társadalmi tőke-ellátottsággal rendelkeznek azoknak az egyéneknek a tényleges közösségei, akiknek az egyéni válaszait elemzem, mert nem rendelkezem információval a közösségi hovatartozásukról. Hasonló okokból a nemzetközi szakirodalomban is gyakori ugyanakkor, hogy egyéni szintű adatokkal dolgoznak a kutatók. A már idézett tanulmánykötetben bemutatott, hasonló logikájú vizsgálatok jellemzően az általános vagy intézményi bizalom egyéni percepcióját, és a személyes kapcsolatháló sűrűségét alkalmazzák mint a társadalmi tőke, társadalmi kohézió jelzőszámát (Kim, et al., 2008). Gyakori a különböző civil és szabadidős szervezetekben, vallásos közösségekben való részvétel mutatóként való alkalmazása. Az egészségi állapotot túlnyomó többségükben önbevalláson alapulva mérik. Kontrollváltozókként jellemzően az alap szociodemográfiai változókat (nem, kor, iskolázottság, jövedelem) használják, egyes esetekben kontrollváltozóként szerepel a lakóhely városiassága, a lakóhely tulajdoni státusza is.

5.3.2 A TÁRSADALMI TŐKE ÉS EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT MAGYARORSZÁGON

Felderítendő a társadalmi tőke és az egészségi állapot összefüggését, az ESS 2012-es hullámának adatain elemeztem az ezek között levő kapcsolatot. Az eddigiekben bemutatottak fényében nyilvánvaló, hogy a társadalmi kohéziót, de még a társadalmi tőkével való ellátottságot is lehetetlenség egy ország mikroszintű, keresztmetszeti adatai alapján feltárni, hiszen annak sok összetevője csak társadalmi szinten értelmezhető. A célom ezért nem is magának a társadalmi tőke szintjének, vagy a kohéziónak a becslése volt, sokkal inkább azt próbáltam megragadni, hogy azok az egyéni szintű változók, amelyek a fentiek szerint intuitíve feltételezhetően valamilyen kapcsolatban lehetnek a

társadalmi tőkével, hogyan hatnak az egészségi állapotra, illetve hogyan különbözik ez a hatás a társadalom különböző státuszú csoportjai között.

Az ESS 2012-es hullámában több olyan változócsoporthoz is szerepelt, amelyek jelen fejezet alapján várhatóan valamilyen összefüggésben vannak a társadalmi kohézió alakulásával. Ez a feltételezhető kapcsolat azonban változócsoporthozként eltérő természetű. A szóba jöhető változókat főkomponens-analízisnek alávetve öt főkomponenst kaptam eredményül a 8. táblázatban bemutatottak szerint:

8. táblázat: A társadalmi kohézióval összefüggő változókból képzett főkomponensek és tartalmuk

Rotált komponensmátrix				
1. Intézményi bizalom főkomponens				
Bizalom a politikusokban	,874	-,254		
Bizalom a pártokban	,854	-,255		
Bizalom az ország parlamentjében	,852	-,214	,118	
Bizalom az ország jogrendszerében	,814	-,211	,129	-,139
Bizalom a rendőrségben	,695	-,133	,129	-,183
2. Gyenge kötések főkomponens				
„Az emberek tisztelettel bánnak velem.”	,867		,102	
„Az emberek a lakóhelyemen segítenek egymásnak.”	,847	,122	,155	
„Közel érzem magamat a lakóhelyemen élőkhez.”	,617			
3. Erős kötések főkomponens				
„Milyen gyakran jön össze barátaival, rokonaival, munkatársaival?”		,870		
„Más hasonló korúakhoz képesti részvétel társas tevékenységekben.”		,870		
4. Általánosított bizalom főkomponens				
„A legtöbb ember (nem) próbálja meg kihasználni a másikat.”	,178		,866	
„A legtöbb emberben meg lehet bízni.”	,219		,857	
5. Vallás és jótekonyság főkomponens				
Milyen gyakran jár templomba, istentiszteletre?		-,132		,736
Mennyire vallásos Ön?	,215	,120	-,117	,668
Az elmúlt 12 hónapban milyen gyakran vett részt önkéntes, jótekonysági munkában?		,143	,296	,391

Az intézményi bizalom (1. főkomponens) és az általánosított bizalom (4. főkomponens) változócsoporthoz az egyéni szinten megélt bizalmat, másként fogalmazva a társadalomra jellemző bizalom egyéni percepcióját mutatja. Ezek a változók a bemutatott nemzetközi gyakorlat alapján standardnak tekinthetők (Kim, et al., 2008), annak ellenére, hogy a bizalommal mint a társadalmi kohézió összetevőjével kapcsolatban van bizonyos vita a szakirodalomban (Harpham, 2008). Hozzá kell tennem, hogy a társadalmi szintű bizalom a kohézió szempontjából nem csak abból a szempontból fontos, hogy az egyén mennyire bízik, hanem abból a szempontból is, hogy benne mennyire bíznak, illetve ő hogy érzékeli a benne való bizalmat (ez az intézményi bizalom vonatkozásában kevésbé merül fel).

A „gyenge kötések” (2. főkomponens), pontosabban az itt megjelenő, a szomszédsággal kapcsolatos attitűdöket és percepciót mérő változók kialakulása, magyarázata kevésbé egyszerű: ezekre bizonyosan hat az egyéni beállítódás, a makrostruktúrák befolyásolta elvárások és percepció, és természetesen a helyi közegek állapota is, ami viszont – ugyanezen csatornák révén – maga sem független a makroszintű jellegzetességektől.

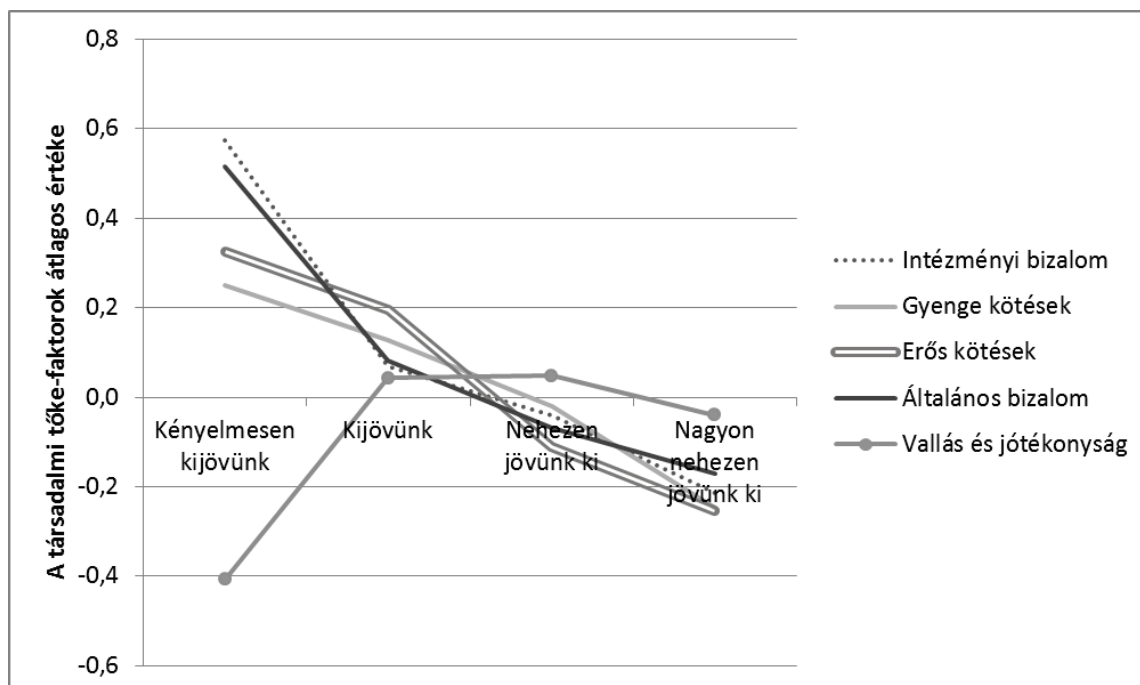
A 3. főkomponens, az erős kötések sűrűsége és minősége, a társas élet intenzitása azt mutatja, hogy mennyire jelenik meg a társadalmilag korábban bemutatott izoláltság az illető egyén szintjén. Se az erős, se a gyenge kötések esetében nem rendelkezünk információval arról, hogy ezek milyen reális erőforrásokhoz juttatják a megkérdezetteket.

Végül a vallásosság és az önkéntesség változói (5. főkomponens) az egyén „beágyazottságának”, szociális hálózatának további dimenziójára világítanak rá.

Az elemzésbe bevont változók többsége esetében logikailag nem zárható ki, hogy az egészségi állapot közvetlenül is hatást gyakorol rájuk. Az intenzív társasági, közösségi szerepvállalás, a közösségi munka, a templomba járás mind lehet negatív összefüggésben az egészségi állapottal, például mert a rossz egészségi állapota miatt fizikailag képtelen ilyen aktivitásokban részt venni. Az esetleges kölcsönös meghatározottság teljes kizárása statisztikai eszközökkel nem lehetséges, ami kétségtelenül az elemzés korlátja.

Varianciaanalízissel megvizsgáltam az öt konstruált változó összefüggését a válaszadók anyagi helyzetével (77. ábra):

77. ábra: A különböző anyagi helyzetű társadalmi csoportok „ellátottsága” az öt társadalmi tőke-komponenssel



Adatok forrása: ESS2012

Jól látható, hogy a “vallás és jótékonyság” kivételével valamennyi társadalmi tőke-komponens egyértelműen “lejt” az anyagi helyzet mentén, vagyis a rosszabb körülmények között élőknek rosszabb a különféle tőkekomponensekkel való ellátottsága. Az összefüggés valamennyi komponens esetében erősen szignifikáns ($p < 0,000$).

Lineáris regresszióval megvizsgáltam az öt főkomponensnek az ESS2012 önbecslésen alapuló általános egészségi állapot-változójának alakulásával való összefüggését, kiszűrve az életkor, az iskolázottság, a nem és az anyagi helyzet hatását⁵⁴. Az ötből négy főkomponens magas szinten szignifikáns összefüggést mutat az egészségi állapottal, annak szóródásából az erős kötések-komponens magyarázza a legnagyobb részt, és az intézményi bizalom-komponens a legkisebbet. A vallás és jótékonyág-komponens nincs szignifikáns összefüggésben az egészségi állapottal. A teljes modell az egészségi állapot varianciájának közel felét magyarázza (9. táblázat):

9. táblázat: A kohézió-főkomponensek egészségi állapotra gyakorolt hatásának erőssége

	df	F	Partial Eta Squared
FAC1 - Intézményi bizalom	1	4,240*	,002
FAC2 – Gyenge kötések	1	17,496*	,010
FAC3 – Erős kötések	1	60,455*	,034
FAC4 – Általánosított bizalom	1	18,184*	,011
FAC5 – Vallás és jótékonyág	1	,820	,000
Kor (folytonos)	1	509,575*	,231
Iskolázottság (kategorialis)	5	3,462*	,010
Nem	1	,504	,000
Anyagi helyzet (Mennyire jön ki a háztartás a jövedelemből)	3	12,290*	,021
Iskolázottság x Nem	3	1,858	,003
Iskolázottság x Anyagi helyzet	9	,615	,003
Nem x anyagi helyzet	3	,138	,000
Iskolázottság x Nem x Anyagi helyzet	9	1,932*	,010
Error	1757		

a. $R^2 = ,42$ (Módosított $R^2 = ,406$)

szignifikancia-szintek: * $p < 0,005$; nincs jelzés, ha $p > 0,05$ -nél

Önmagában ennyiből is egyértelműnek látszik, hogy mivel egyrészt a társadalmi tőke összetevői összefüggésben vannak az egészségi állapottal, és másrészt minél rosszabb anyagi helyzetben van valaki, várhatóan annál kevésbé lesz ezen tőkeféleségekhez hozzáférése, a társadalmi tőke társadalmon belüli egyenlőtlen eloszlása növeli az egészségi állapot egyenlőtlenségeit.

Ezen túl kétváltozós korrelációs számítással megvizsgáltam, hogy az egészségi állapottal ezek szerint összességében szignifikánsan összefüggő, és az anyagi helyzet mentén egyenlőtlen eloszlású főkomponensek pontosan milyen irányú és nagyságú kapcsolatban vannak az egészségi állapottal, az anyagi helyzet és az életkor szerinti csoportokban külön-külön. Az eredmények a 10. táblázatban olvashatók:

⁵⁴ Az életkor változója folytonos. Iskolázottság szerint négy kategóriát képeztem (legfeljebb alacsony; alsó-középfokú; középfokú érettséggel; felsőfokú). A jövedelmi helyzetet az alábbi kérdésre adott válasz alapján vizsgáltam: „Érzése szerint [hogyan jön ki] a háztartás jövedelméből mostanában...”, válaszlehetőségek: 1 – kényelmesen; 2 – kijövünk; 3 – nehezen jövünk ki; 4 – nagyon nehezen jövünk ki.

10. táblázat: A kohézió-komponensek korrelációs együtthatói az egészségi állapot alakulásával különböző (háztartási) anyagi helyzetű társadalmi csoportokban

	Intézményi bizalom	Gyenge kötések	Erős kötések	Általánosított bizalom	Vallás és jótékonyosság
15-35 év					
Kényelmesen kijövünk a jövedelmünkből (N=40)	<u>,316*</u>	,173	-,023	,216	-,015
Kijövünk a jövedelmünkből (N=188)	-,023	,006	,141	,131	-,047
Nehezen jövünk ki a jövedelmünkből (N=180)	,063	,119	,111	<u>,185*</u>	-,105
Nagyon nehezen jövünk ki a jövedelmünkből (N=101)	-,084	<u>,215*</u>	<u>,316**</u>	,044	-,108
35-50 év					
Kényelmesen kijövünk a jövedelmünkből (N=30)	,038	,069	<u>,406*</u>	,326	-,332
Kijövünk a jövedelmünkből (N=169)	,034	,062	,106	,032	-,027
Nehezen jövünk ki a jövedelmünkből (N=167)	,107	,043	,081	<u>,191*</u>	-,018
Nagyon nehezen jövünk ki a jövedelmünkből (N=122)	,025	,004	,104	-,024	,124
51-65 év					
Kényelmesen kijövünk a jövedelmünkből (N=22)	,135	-,071	,255	,187	-,145
Kijövünk a jövedelmünkből (N=160)	-,001	<u>,202*</u>	,110	,079	-,091
Nehezen jövünk ki a jövedelmünkből (N=149)	,049	<u>,172*</u>	<u>,262**</u>	<u>,189*</u>	,055
Nagyon nehezen jövünk ki a jövedelmünkből (N=111)	,131	,162	<u>,200*</u>	,051	,095
66 évnél idősebb					
Kényelmesen kijövünk a jövedelmünkből (N=22)	,139	-,096	,259	,117	-,130
Kijövünk a jövedelmünkből (N=121)	-,003	,070	<u>,319**</u>	-,008	,140
Nehezen jövünk ki a jövedelmünkből (N=113)	-,047	,011	<u>,346**</u>	,130	,050
Nagyon nehezen jövünk ki a jövedelmünkből (N=46)	-,018	-,033	<u>,514**</u>	,107	-,145

Megjegyzések: Az eredeti adatbázisban az egészségi állapot az ellenkező irányba „áll”, mint amit a főkomponensektől várnánk: a nagyobb értékek rosszabb egészségi állapotot jeleznek. Ebben a táblázatban a zavaró ellentéttséget megszüntettem. Így itt a pozitív korrelációs együttható azt jelenti, hogy az egészségi állapot „javulása” (magasabb értéke) a kohéziós komponensek „javulásával” (magasabb értékevel) jár együtt.

* A korreláció 0,05 százalékos megbízhatósági szinten szignifikáns (kétoldalú).

** A korreláció 0,01 százalékos megbízhatósági szinten szignifikáns (kétoldalú).

Az eredmények alapján nem rajzolódnak ki egyértelmű és világos trendek, de több érdekes összefüggés kiderül a fentiekből. Egyrészt, a rosszabb anyagi helyzetűek esetében gyakoribb a szignifikáns összefüggés valamely társadalmi tőke-komponens és az egészségi állapot között: a két jó anyagi helyzetű kategóriában összesen 4, a két rossz helyzetűben összesen 10 esetben találunk szignifikáns összefüggést. Nagyon magas szinten szignifikáns, és az anyagi helyzet romlásával párhuzamosan erősödő mértékű összefüggést csak az erős kötések komponens mutat az egészségi állapottal, elsősorban a

két idősebb korcsoportban. Intuitíve valószínű azonban, hogy ebben a fordított irányú okság játszik nagyobb szerepet, vagyis nem a kapcsolatok gyengesége okozza a rosszabb egészségi állapotot, hanem a rosszabb egészségi állapot akadályozza az intenzívebb kapcsolatok fenntartását.

Az intézményi bizalom változója viszonylag gyenge kapcsolatban áll csak az egészségi állapottal. Átlagosan a legjobb anyagi helyzetű csoportokban a legerősebb ez az összefüggés, köztük is kiugróan erős a legfiatalabb csoportban. Ugyanebben a korcsoportban figyelemre méltó, hogy a legrosszabb anyagi háttérűeknél az összefüggés negatív, vagyis az intézmények iránti nagyobb mértékű bizalom rosszabb egészségi állapottal jár együtt. Itt feltehetően valamely, az elemzésbe be nem volt vagy meg nem figyelt változó állhat a háttérben.

A gyenge kötéseket tekintve két életkori csoportban is látszik, hogy a rosszabb anyagi helyzetűek esetében erősebb az egészséggel való összefüggés. Annak háttérében, hogy a legidősebbek között a jó anyagi helyzetűek esetében negatív kapcsolat látszik a kohéziós faktor és az egészségi állapot között, feltehetően szintén figyelmen kívül hagyott változó(k) állhatnak a háttérben.

Az általánosított bizalom komponensének az eddigiekkel szemben diverz az egészséggel való kapcsolata a jövedelem szerint: ez a faktor a legmagasabb jövedelmi csoportban mutatja az egészségi állapottal a legszorosabb összefüggést, de megközelítőleg ugyanilyen szoros a kapcsolat a második legrosszabb anyagi helyzetű csoportban. A második legjobb valamint a legrosszabb anyagi helyzetű csoportban a kapcsolat lényegesen gyengébb. Érdekes ugyanakkor, hogy az életkor előrehaladtával a legtöbb csoportban gyengül ez a kapcsolat, egyedül a legrosszabb anyagi helyzetűek esetében erősödik.

A vallás és az önkéntességben való részvétel mutatja a leggyengébb, összességében nem szignifikáns összefüggést az egészségi állapottal. Itt nem fedezhetőek fel értelmezhető tendenciák. Feltűnő ugyanakkor, hogy ez a faktor a vizsgált csoportok több, mint kétharmadában negatív kapcsolatban van az egészségi állapottal. Ennek magyarázata feltehetően ismét csak a meg nem figyelt változóknak rejlik.

Összességében elmondható, hogy a gyenge és erős kötések egészséggel való összefüggése a rosszabb, az intézményi bizalom egészséggel való összefüggése a jobb anyagi helyzetűek esetében tűnik erősebbnek, az általánosított bizalom pedig a legjobb és a második legrosszabb anyagi helyzetű csoportban jár együtt viszonylag szorosan az egészséggel. A vallás és jótekonyság dimenziója nem mutat értelmezhető összefüggést az egészségi állapottal. Ugyanakkor láttuk, hogy az egyes tőkekomponensek eloszlása konzekvensen követi a társadalmi "lejtőt", és hogy egy kivételével összefüggnek az egészségi állapot alakulásával is. Másként szólva, a magasabb státuszú, például jobb anyagi helyzetű csoportok a kohézió gyengülését kevésbé tapasztalják, miközben egészségi állapotukkal annak bizonyos tényezői erősebben, más tényezői pedig gyengébben függnek össze, mint az alacsonyabb státuszúak esetében. Ez alapján fenntartható a feltételezés, hogy a társadalmi kohézió gyengülése az egészségi állapot romlását és különösen az ebbéli egyenlőtlenségek növekedését hozhatja el.

A fenti elemzés és annak eredményei is illeszkednek abba az elméleti keretbe, mely közvetlen összefüggést feltételez az egészségi állapot egyenlőtlenségei és a társadalmi

egyenlőtlenségek között (Pickett & Wilkinson, 2015; Wilkinson, 2009; Wilkinson & Marmot, 2003). Minden egyéb változatlanlansága mellett egy lényegesen egyenlőtlenebb társadalomban a bizalomnak és a kohézióknak a társadalom különböző csoportjait összekötő ereje gyengébb lesz, és ez, függetlenül magától a jövedelmi szinttől, negatív hatással lehet az egészségi állapotra és növelheti annak egyenlőtlenségeit.

MÁSODIK RÉSZ

AZ EGÉSZSÉG GAZDASÁGI HATÁSAI

A dolgozat hátralevő részében az egészségi állapot gazdasági következményeit részletezem, először bemutatva a téma szakirodalmát, elméleti összefüggéseit, majd Magyarországra vonatkozó saját empirikus eredményeimet.

6. AZ EGÉSZSÉG GAZDASÁGI HATÁSAI – ELMÉLETI ÖSSZEFÜGGÉSEK

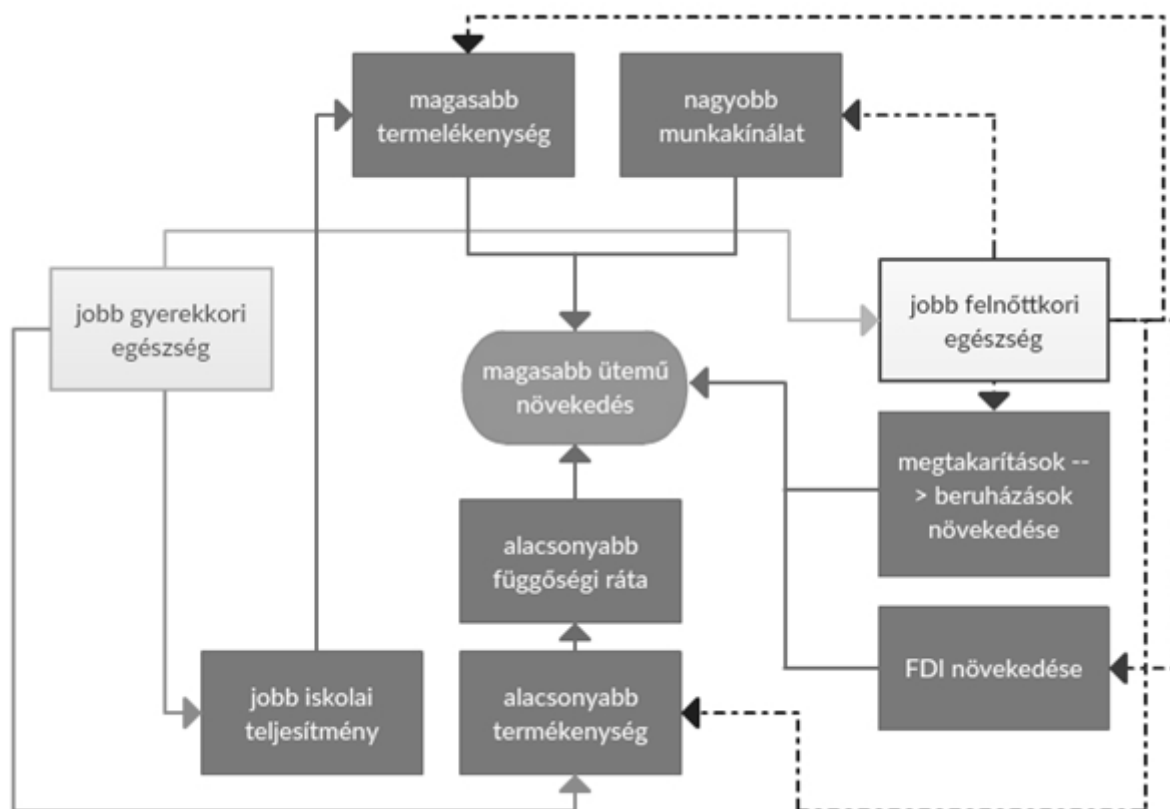
Ebben a fejezetben az egészségi állapot gazdasági vonatkozásainak elméleti hátterét tekintem át. Először röviden összefoglalom a megközelítés lehetséges irányait, és vázolom az egészségi állapot gazdasági és társadalmi hatásának legtágabb és legszűkebb értelmezési lehetőségeit. Ezt követően a terület vizsgálatával kapcsolatos, fontosabb módszertani kérdések felvázolása után az egészségi állapotnak a termelésre, illetve a termelést közvetlenül meghatározó tényezőkre gyakorolt hatását írom le részletesen, a logikailag levezethető elméleti kapcsolatokat, és nemzetközi empirikus kutatási eredményeket bemutatva. Az elemzésben a történeti, a mikroökonómiai és a makroökonómiai perspektívát veszem végig.

Az egészségi állapotnak a gazdasági teljesítményre gyakorolt hatása jelenleg is élénk vita tárgya a szakirodalomban. Egyre inkább az látszik felsejleni, hogy az egészségi állapot makrogazdasági hatása nem választható el a kontextustól: a különböző dimenziókban mért kiinduló helyzettől és intézményi körülményektől függően gyökeresen eltérő nagyságú és akár irányú is lehet például a várható élettartam hatása. Különösen fontos, hogy semmiféle elméleti összefüggés esetén nem feltételezhető, hogy az egészségi állapot hatásai automatikusan gazdasági teljesítménnyé konvertálódna majd: minden esetben meg kell vizsgálni az intézményi körülmények adta lehetőségeket. Ez ugyanakkor nem jelenti azt, hogy ne lehetne jelentős, vagy ne lenne érdemes az egészségi állapot gazdasági hatásainak vizsgálata, épp ellenkezőleg: adott pillanatban jelentheti éppen az egészség azt a szükséges lendületet, amire a fejlődés beindulásához szükség lehet.

6.1 LEHETSÉGES MEGKÖZELÍTÉSEK

Intuitíve kétségtelennek látszik, hogy az egészségi állapot hatással van a gazdasági teljesítményre: ha másért nem hát mert ugyanaz az ember nagyobb teljesítményre képes egészségesen, mint betegen. A 78. ábra vázlatosan bemutatja azokat az elméletileg belátható csatornákat, amelyeken keresztül az egészségi állapot hatást gyakorolhat a gazdasági teljesítményre:

78. ábra: Az egészségi állapot gazdasági hatásának közvetítő csatornái



Forrás: (Jamison, et al., 2013, p. 15) alapján saját szerkesztés

Az egészségi állapot gazdasági teljesítményre gyakorolt hatásának kutatása több évtizedes múltra tekint vissza. Ennek ellenére még ma is az lehet a téma iránt érdeklődők benyomása, hogy semmivel se tudunk többet, mint a kezdetekkor. A különböző kutatók következtetései sokszor ellentmondanak egymásnak, az egyik országban megbízhatóan erős összefüggést kimutató módszerek semmilyen kapcsolatot nem találnak máshol, a modellek rendkívül érzékenyek paramétereik már egészen apró megváltoztatására is.

Shurcke és szerzőtársai (2012) felosztását követve (ld. 79. ábra) a betegségek okozta költségek lehető legszűkebb értelmezése az, amikor az egészségügyi kiadásokra gyakorolt hatásukat mérjük; eggyel tágabban értelmezve azokat a fejezet központi témáját jelentő mikro- és makroökonómiai hatásokat összegezzhetjük; végül a teljes társadalmi jólétre gyakorolt hatásukat figyelembe véve értelmezzük őket a lehető legtágabban:

79. ábra: Az egészségi állapot gazdasági és társadalmi hatásai – a létező megközelítések áttekintése



Forrás: (Suhrcke, et al., 2012, p. 62) koncepciója alapján kiegészítve, saját szerkesztés

ÖSSZTÁRSADALMI KÖLTSÉGEK⁵⁵. A legátfogóbb megközelítés az egészség, illetve az egészség hiányának össztársadalmi szintű, jóléti költségeinek becslése. Valójában, amennyiben az egészség értékét a maga teljességében szeretnénk megbecsülni, nem is nagyon választhatunk más perspektívát: nyilvánvaló, hogy az egészség közvetlen hasznossága legalább olyan jelentős, mint a közvetett, az élet más területeire kifejtett hatása. Két alapvetően eltérő megközelítés található ezen a területen. Az egyik azt vizsgálja, milyen értéket tulajdonítanak a társadalom tagjai a saját egészségüknek, és nem teszi fel azt a kérdést, hogy pontosan milyen okokból, milyen dimenziókban jelentkezik ez a hasznosság. Ez a megközelítés monetizálja az egészség értékét, a pontos érték meghatározását pedig egyéni ítéletre bízza. A másik megközelítés természetes egységben méri a betegségek okozta veszteségeket: ez lehet a korai halálozás miatt elvesztett évek száma (potential years of life lost, PYLL), vagy ugyanez súlyozva az egészséggel összefüggő életminőséggel (az ennek mérésére kifejlesztett mutató a disability adjusted life years, DALY).

Az egészség konkrét pénzbeli értékének meghatározására a gyakorlatban a fizetési hajlandóság (willingness to pay, WTP) módszere elterjedt. A módszer számos más területen is használatos, jellemzően közszolgáltatások, közjóságok értékelésénél. Az egyének egészségükkel kapcsolatos fizetési hajlandóságának, vagyis annak felderítésére, mennyit ér számukra az egészségük, életük, egy-egy egészségben eltölthető életévük, többféle módszer ismeretes. A legegyszerűbbnek ezek közül kétségtelenül az tűnhet, ha megkérdezzük őket: mennyi pénzt volnának hajlandóak fizetni életük egy évvel való

⁵⁵ A szakasz eredetileg megjelent: (Kollányi, 2012)

meghosszabbításáért, vagy mennyi pénzért mondanának le egy életévükről. Az eljárás hátránya, hogy az eredmény számtalan tényezőre nagyon érzékeny: a megkérdezettek anyagi körülményei, iskolázottsága, életkora, konkrét élethelyzete, egészségi állapota, de még pillanatnyi lelkiállapota és a kérdésfeltevés módja is nagyban befolyásolhatja. Ezért a gyakorlatban ennél lényegesen szofisztikáltabb módon közelítik a kutatók a kérdést, és olyan, hipotetikus piaci döntés elé állítják a megkérdezetteket, amelyben azok egészsége nem, vagy csak kis mértékben, illetve kicsiny valószínűséggel sérül (Adorján, 2001).

A másik domináns megközelítés az élet/egészség pénzbeli értékének felderítésére az úgynevezett kinyilvánított preferenciák módszere. Itt az a kiindulópont, hogy az emberek nap mint nap meghoznak döntéseket – drágább és biztonságosabb autókat, munkahelyi védőfelszereléseket vásárolnak, a szokásosnál magasabb fizetésért cserébe elvállalnak veszélyesebb munkákat, stb. –, amelyekkel impliciten pénzügyileg értékeli saját életüket, egészségüket. A megfelelő árakat (például a biztonsági berendezés felárát) és megfelelő valószínűségeket (például a baleset, egészségkárosodás bekövetkeztének valószínűségét az eszköz használatával és anélkül) ismerve kiszámítható, mennyire értékelik saját életüket, egészségüket impliciten. Valamennyi módszer közös jellemzője ugyanakkor, hogy megbízhatóságuk igen alacsony: a vizsgálatok eredményei meglehetősen nagy variabilitást mutatnak. Egy 1993-ban, amerikai mintákon kapott eredményeken végzett meta-analízis szerint, a munkabér alapú megközelítés esetében 600 000 és 17,5 millió, a biztonsági berendezések vizsgálata esetében 600 000 és 4,3 millió, a kérdőíves megkérdezéseknél pedig 100 000 és 9,5 millió dollár közötti összegekre adódott egy-egy emberélet értéke (Duke University Center for Health Policy, Law, and Management, 1993).

Magyarországon kevés fizetési hajlandóság-alapú kutatás készült eddig. Az egyik legelső ilyen célú tanulmány a munkahelyi baleseti kockázat és annak munkabérbeli kompenzációja alapján arra a következtetésre jutott, hogy Magyarországon 78 és 393 millió forint közötti összegre tehető egy statisztikai emberélet értéke¹ (Adorján, 2001; Adorján, 2004). Egy másik kutatócsoport 2005-ben ugyanezt a megközelítést, de más adatbázist használva 12,4 és 44,6 millió forint közöttire becsülte az élet értékét (Kaderják, et al., 2005).

A WTP-alapú megközelítés nagy hátránya, hogy nem teszi például lehetővé az egészség okozta veszteségek összevetését különböző helyzetű országok között, lévén nagyban befolyásolják az életkörülmények, az pedig etikailag erősen kifogásolható, hogy azért tulajdonítsunk kisebb értéket az egészségnek egy adott országban, mert ott például alacsonyabb szintű a gazdasági fejlettség. Egyebek mellett éppen a betegségek okozta veszteségek globális összevethetőségét szolgálja a WHO és a Világbank által kialakított betegségteher (burden of disease) koncepciója (WHO, 2006). A betegségteher egyik lehetséges mérőszáma például az idő előtti halálozás miatt elvesztett életévek (potential years of life lost, PYLL) számának becslése, amit úgy számolhatunk ki, hogy egy megfelelően kiválasztott, globálisan egységes életkor előtt elhunyt személyekre nézve összegezzük azoknak az éveknek a számát, amennyivel a referenciaéletkornál korábban meghaltak (részletesebb leírását és a mérőszámmal kapcsolatban felmerülő módszertani problémákat lásd például Gardner & Sanborn (1990). A betegségteherrel kapcsolatos másik fontos mutató a DALY (disability adjusted life years), ami nem csak a halálozás, hanem az egészségkárosodás okozta veszteséget is figyelembe veszi. Egy adott betegség terhe, a társadalom számára okozott vesztesége egyenlő a betegség miatt bekövetkező

halálozás miatt elveszített életévek, és a betegség miatt tartósan megromlott egészségűek egészségkárosodásának mértékével súlyozott életéveinek összegével. Az összegzés alapja valamilyen globálisan egységes referenciaéletkor, az egészségkárosodás súlyosságát szakértői becsléssel állapítják meg. A számításnál évi 3%-os diszkontrátával kalkulálnak, és alkalmaznak életkor szerinti súlyokat is (például a gyerekek valamelyest kisebb súllyal szerepelnek).

Mindezek mellett meg kell említenünk a rossz egészségi állapotnak, és különösen a nagy mértékű, az egészségi állapot egyenlőtlenségeiben is megnyilvánuló társadalmi egyenlőtlenségeknek a társadalmi és politikai destabilizáló hatásait is, jóllehet a jelenség empirikusan nehezen megragadható.

Az elmúlt évtizedben számos próbálkozás történt az élet különböző országokban tapasztalható minőségének nagyon eltérő dimenzióit összegző mutatók megalkotására (Human Development Index, Happy Planet Index, Better Life Index). Az egészségi állapotnak a jólléttel (well-being) kapcsolatos kiemelt jelentőségét mutatja, hogy ezek mindegyike jelentős súllyal veszi figyelembe az egészséget. Az ENSZ Human Development Index-e a várható élettartamot, az iskolázottság két mutatóját, és az egy főre jutó GNI-t (PPP \$) foglalja magában, mindhárom dimenziót azonos súllyal⁵⁶. Az OECD Better Life Indexe 11 mutatót vesz figyelembe, köztük a várható élettartam és az önbecslésen alapuló egészségi állapot alapján kalkulált egészségi állapotot. Különlegessége, hogy maga nem rendel súlyt egyik mutatóhoz sem, ezt a „felhasználó” saját értékítéletére bízta⁵⁷. A New Economics Foundation brit think-tank Happy Planet Index-e szintén azonos súllyal veszi figyelembe a szubjektív jóllét, a várható élettartam, és az ökológiai lábnyom indexeit országonként⁵⁸.

EGÉSZSÉGÜGYI KÖLTSÉGEK. A legszűkebb értelmezési keret a betegségekkel kapcsolatban felmerülő egészségügyi köz- és magánkiadások becslése. Bár az úgynevezett cost-of-illness vizsgálatok egy része túlmegy ezen, és a betegségek közvetett, a termelés kieséséből fakadó költségeit is becsüli, jellemzőbb a csupán egy bizonyos betegség, betegségcsoport vagy rizikófaktor következtében felmerülő egészségügyi kiadások mennyiségének felmérése. Amellett, hogy ez erősen alulbecsli a betegségek okozta terheket, további problémája a módszernek, hogy olyan költségeket összegez, amelyek nemzetgazdasági szinten nem tekinthetők veszteségnek, hiszen bár egyes szereplőknek (a költségvetésnek, a biztosítóknak vagy a betegeknek) kiadást jelentenek, más aktorok számára bevételt: bért, bérleti díjat, áruk és szolgáltatások ellenértékét. Ez nem jelenti természetesen azt, hogy ne volna társadalmilag hasznosabb alternatív felhasználása ezeknek a forrásoknak: az okozott veszteség ezért végső soron a források lehetőségköltségétől függ.

⁵⁶ <http://hdr.undp.org/en/content/human-development-index-hdi>

⁵⁷ <http://www.oecdbetterlifeindex.org/#/111111111111>

⁵⁸ <http://www.happyplanetindex.org/about/>

6.2 AZ EGÉSZSÉG GAZDASÁGI HATÁSÁNAK MÉRÉSÉVEL KAPCSOLATOS MÓDSZERTANI KÉRDÉSEK

Az egészségi állapot gazdaságra gyakorolt hatásának számszerűsítésére sokféle megközelítés és módszer található a szakirodalomban. A különböző kutatások többféleképp csoportosíthatók; az egyik lehetséges szempont, hogy mikro- vagy makroszintű elemzést végeznek-e. A mikroszintű elemzések kutatási kérdése, hogy az egészségi állapot bizonyos, egyéni szinten mérhető jellemzői milyen egyéni szintű gazdasági következményekkel járnak. Az egészségi állapot mutatójaként a mérhető fiziológiai jellemzőktől, morbiditási jellemzőktől a szubjektív egészségi állapotig sokféle eszközt használnak, és a mért kimenet is változatos lehet. A makroelemzések ugyanakkor az egészségi állapotnak és a gazdasági teljesítménynek is társadalmi szinten megfigyelhető mérőszámait alkalmazzák, például a várható élettartamot, a csecsemőhalandóságot, illetve például a GDP-t vagy annak növekedését (Suhrcke, et al., 2012).

A létező megközelítések módszereikben is jelentősen különböznek: jellemző a mikro- vagy makroszintű adatok elemzése, de kísérleti elrendezésekkel is találkozhatunk (lásd pl. Weil (2014)).

Az egészségi állapot gazdasági teljesítményre gyakorolt hatásának számszerű mérését több tényező is jelentősen megnehezíti. Ezek közül talán a legfontosabb, amely a legtöbb figyelmet kapja egyben a legnehezebben leküzdhető, az endogenitás jelensége, vagyis hogy a két változó kölcsönösen függ egymástól. (Suhrcke, et al., 2007, p. 101) összefoglalója alapján az endogenitás az alábbi esetekben okoz problémát:

- ha az egészségi állapotra és a gazdasági teljesítményre vonatkozó mutatók ugyanabból az időszakból származnak, akkor a hagyományosan használt statisztikai eszközökkel (jellemzően a legkisebb négyzetek módszerével (ordinary least squares, OLS)) nem különíthető el egymástól, hogy egyik a másikra milyen mértékben hat;
- ha az egészségi állapot mutatója tendenciózus torzítást tartalmaz, elsősorban mert összefügg valamely nem megfigyelt vagy megfigyelhető tényezővel;
- ha valamilyen, a két tényező vagy a köztük levő összefüggés szempontjából kulcsfontosságú jellemzőről nem rendelkezünk információval, mert adatbázisunk nem tartalmazza vagy mert nem mérhető.

A másik nehézség, hogy még ha sikerül is valahogy az endogenitás problémáját kiszűrni, a gazdasági teljesítményt számos további olyan tényező is befolyásolja, amelyek maguk sem függetlenek az egészségi állapottól.

Egy egyszerű egyenleten bemutatva a fentieket, így nézne ki az egészség gazdasági hatását leíró összefüggés, ha ezek a problémák nem merülnének fel:

$$Y = a \times H + \alpha,$$

ahol Y a jövedelem, H az egészségi állapot, a az egészség jövedelemre gyakorolt hatásának erőssége, α pedig a többi, a jövedelemre hatást gyakorló, az egészségtől elméletileg független tényezők hatásainak összessége.

Ezzel szemben az összefüggés a valóságban az alábbiak szerint alakul:

$$Y = a \times H(Y) + \alpha(H(Y)),$$

vagyis a „független” változó maga is a függő változó függvénye, a jövedelemre hatást gyakorló, az egészségtől függetlennek tételezett tényezők pedig szintén maguk is függnak az egészségi állapottól. Nem ismerjük az egyenletekben szereplő paraméterek értékeit, vagyis nem tudjuk, mekkora erővel hat az egészség a jövedelemre, illetve az egészség egyéb tényezőkre, és ezek a tényezők a jövedelemre. David N. Weil kritikája szerint az egészségi állapot gazdasági hatásának nagyon erős összefüggést kimutató makromodelljei innen, az identifikáció módja felől támadhatók, vagyis nem plauzibilis értékeket rendelnek hozzá az ismeretlen paraméterekhez (Weil, 2014).

Az egyéb befolyásoló tényezők korreláltságának kiküszöbölése az egyszerűbb: a megfelelő változók értékének különböző módszerekkel történő rögzítése módszertanilag többé-kevésbé elfogadható módon megoldja a problémát, amennyiben ezáltal sikerül az egészségi állapot mutatójának és az egyéb tényezőknek a korreláltságát megszüntetni, jóllehet, nem biztosítható minden kétséget kizáróan, hogy minden releváns tényezőt figyelembe vettünk.

Nem feledkezhetünk meg azonban arról sem, hogy ezek a tényezők azért korrelálnak az egészségi állapottal, mert az egészségi állapot nem csupán közvetlenül, hanem más, a jövedelemmel egyéb módon összefüggésben álló tényezőkre (például az iskolai végzettségre, a foglalkoztatásra) gyakorolt hatásán keresztül is hatással van a jövedelemre. Felvetődik tehát a kérdés: ha az egészségi állapot hatását akarjuk mérni, helyesen járunk-e el, ha ezeket a „mellékhatásokat” figyelmen kívül hagyjuk? Egyes kutatók a parciális hatásra koncentrálnak, mások igyekeznek átfogóbb megközelítést alkalmazni és a dinamikus egyensúlyi hatást mérni, vagyis az egészség egyéb faktorokra gyakorolt hatását is figyelembe venni – ami természetesen újabb összetett módszertani kérdéseket vet fel (Bloom & Canning, 2010).

Az egészség és a jövedelem kölcsönös meghatározottságának kiszűrése sokkal nehezebb: egyes szerzők szerint az elemzés során, pusztán statisztikai eszközökkel nem is megoldható (lásd pl. Duncan et al. (2004)).

Járható út lehet, ha lehetőségünk van a két változócsoporthoz időben való elkülönítésére, vagyis annak biztosítására, hogy az „ok” (ez esetben az egészségi állapot) megelőzze az „okozatot” (ez esetben a gazdasági teljesítmény alakulását). Ez sem biztosítja önmagában a kölcsönösség kiszűrését, hiszen például az y_0 jövedelem, ami hatással van a h_0 egészségi állapotra, ugyancsak nem független az y_1 jövedelemtől, ezért h_0 és y_1 is korrelálnak egymással. Hatással lehetnek a h_0 egészségi állapotra az y_1 jövedelemre vonatkozó várakozások is (Bloom & Canning, 2010). Megoldást jelenthet, ha az egészségi állapot- és a jövedelem egyes időszakok közötti változását vesszük figyelembe, de ebben az esetben is ellenőrizni kell, hogy a változás mértéke mennyiben korrelál a kiinduló értékekkel.

További lehetőség az egészségi állapot vagy a jövedelem közvetlen mutatóinak alkalmazása helyett instrumentális változók alkalmazása, vagyis olyan változóké, amelyek a független változóval (az egészségi állapottal) korrelálnak, de a függővel (a jövedelemmel) illetve a hibataggal nem. Sajnos az egészségi állapot esetében nem könnyű

ilyen változót találni. A felnőttkori testmagasság (ld. például az 6.3 fejezetben bemutatott hosszú idősoros elemzéseket) például alkalmas mutatója lehetne az egészségi állapotnak, hiszen a genetikai tényezők mellett nagyban befolyásolják a gyermekkori táplálkozási viszonyok, amik a felnőttkori egészség más tényezőire nézve is meghatározóak (Currie & Vogl, 2012; Bozzoli, et al., 2009; Akachi & Canning, 2006), miközben a majdani felnőttkori jövedelem ezekre a korai körülményekre értelemszerűen nincs közvetlen hatással. Ugyanakkor a szülők jövedelme, az intergenerációs mobilitási csatornák nyitottságától függő mértékben hatással van gyerekeik felnőttkori jövedelmére, vagyis ez a módszer sem feltétlenül biztosítja a függetlenséget. Ráadásul ebben az esetben is nehézségbe ütközhet a megfelelő adatokhoz való hozzáférés.

David Bloom és David Canning a fentiekén kívül két további módszertani jellegű problémát felvetnek (Bloom & Canning, 2010). Egyrészt, hogy a témában született kutatásokban a kulcsváltozók annyira sokfélék, hogy nem egyszerűen az eredmények összevethetősége kérdéses, hanem önmagában az is, hogy valóban ugyanazt a dolgot mérik-e. Különösen igaz ez a mikroszintű elemzésekben használt egészségi állapot-mutatókra. Vajon ugyanazon „egészségként” interpretálható a testmagasság, a szubjektív egészségi állapot, az objektív skálák szerinti aktivitási limitáció hiánya, a betegszabadságon töltött napok alacsony száma, vagy bizonyos fiziológiai jellemzők ideális szintje?

A másik felvetés a mérés időtávjára vonatkozik, és abból a megfigyelésből indul ki, hogy okkal feltételezzük bizonyos egészségi állapot-változások gazdasági hatásának késleltettségét, viszont nem ismerhetjük pontosan ennek késleltettségnek a mértékét. Ha tehát azt szeretnénk megtudni, hogy egy adott pillanatbeli egészségi állapot-változásnak milyen gazdasági hatásai jelentkeznek, de nem tudjuk, milyen átfutása valószínű ennek, lehet, hogy egy egészen másik tényező hatását tulajdonítjuk majd neki. Ez a szempont azért különösen fontos, mert számos vizsgálat igazolta az élet korai, akár magzati szakaszában fennállt körülmények hatását a felnőttkori gazdasági teljesítőképességre (egy válogatást ezekből ld. Weil (2014)).

Az utóbbi időben született tanulmányok körében jelentős súlya van egy további, az egészség és a gazdaság közötti kapcsolat mint módszertani probléma gyökereihez visszanyúló megközelítésnek, ami azonban a kérdés velejét érinti (Weil, 2014; Acemoglu & Robinson, 2008; Deaton, 2014). Két változó együttjárásának három oka lehetséges: vagy az egyik okozza a másikat, vagy a másik okozza az egyiket, vagy egy harmadik tényező okozza mindkettőt (és lehetséges e három kombinációja is). Mi van, ha – teszi fel a kérdést a kétkedők – dacára az elméletileg belátható összefüggéseknek, az egészség és a gazdaság közötti makroszintű összefüggés esetében erőteljes a harmadik eset hatása is, vagyis egy harmadik, meg nem figyelt változó vagy változócsoporthat igen erősen az egészségi állapotra és a gazdasági teljesítőképességre egyaránt? A szóban forgó szerzők az intézményi berendezkedést jelölik meg mint e közös gyökeret, mint arról a későbbiekben részletesebben szövegek.

6.3 AZ EGÉSZSÉG GAZDASÁGI HATÁSA TÖRTÉNETI PERSPEKTÍVÁBAN

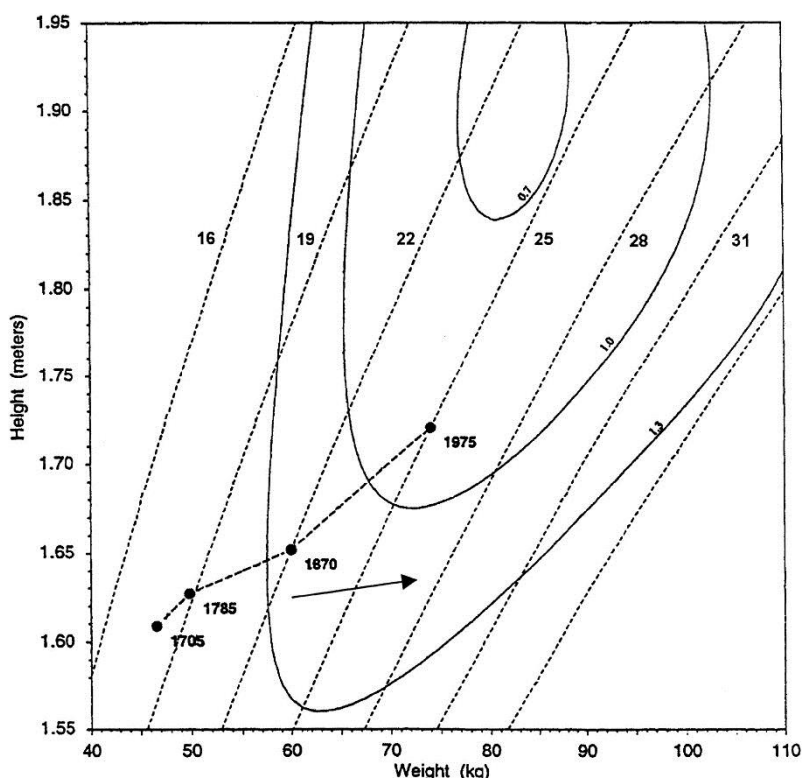
Robert W. Fogel 1993-ban Nobel-díjat kapott az egészség gazdasági hatásainak vizsgálatában végzett úttörő munkájáért. Eredményei szerint például a Nagy-Britanniában az 1790 és 1980 közötti időszakban bekövetkezett gazdasági növekedés 30 százaléka a táplálkozási viszonyok – főként mennyiségi – javulásának, és az ebből következő nagyobb teherbírásnak, jobb egészségnek, a betegségeknek való megnövekedett ellenállóképességnek köszönhető (Fogel, 1994). Hasonló eredményekre jutott Arora (2001): ő a növekedés 30-40%-át tulajdonítja az egészségi állapot javulásának ebben az időszakban.

Fogel többek között Nagy-Britannia, Franciaország, és egyes skandináv országok több száz évre visszamenő átlagos testmagasság-testsúly, és napi kalóriabevitel adatait elemezte. A gyerekkori táplálkozással összefüggő testmagasság, illetve a testmagasság és a – felnőttkori táplálkozással összefüggő – testsúly alapján képzett testtömeg-index (BMI) Fogel eredményei szerint szoros összefüggést mutatnak a halálozási esélyekkel, vagyis valóban jó mutatói a hagyományos értelemben vett egészségi állapotnak. A 80. ábra az úgynevezett Waaler-felületet⁵⁹ mutatja, ami a különböző testsúly-testmagasság kombinációkhoz rendelhető halálozási esélyeket ábrázolja. A vízszintes tengelyen a kilogrammban mért testsúly látható, a függőlegesen pedig a méterben mért testmagasság. A rézsútos, szaggatott vonalak mentén azonos a testtömeg-index⁶⁰, az ellipszisek pedig az úgynevezett izomortalitás-görbék: az ezek mentén található testmagasság-testsúly kombinációval jellemezhető embereknek ugyanakkora a halálozási valószínűsége. Ezek egy térkép szintvonalaként értelmezhetők, ahol a „hegy csúcsa” jelenti a legalacsonyabb halálozást, vagyis a belső izomortalitás-görbék mentén jobbak a halálozási esélyek, mint a külsők mentén. Az optimális, a legalacsonyabb halálozást biztosító testmagasság-testsúly kombinációkat – a „hegy” „gerincét” – a rézsútosan felfelé futó görbe köti össze. A bal alsó sarokból jobbra felfelé futó szaggatott, évszámokkal jelzett vonal a különböző korszakokban élt, 50 és 64 év közötti norvég férfiak halálozási esélyeit jelöli:

⁵⁹ Elsőként Hans Waaler publikációjában szerepelt a testi jellemzők és a halandóság ábrázolásának ez a módja. (Waaler, 1984)

⁶⁰ Testtömeg-index (BMI) = $\frac{\text{testtömeg (kg)}}{\text{testmagasság (m)}^2}$

80. ábra: 50 és 64 év közötti norvég férfiak halálozási valószínűsége a testmagasság és a testsúly függvényében



Forrás: (Fogel, 1994)

Látható, hogy 1705 és 1975 között – bár a legalacsonyabb halálozást jelentő „hegycsúcsra” nem jutottak fel – az adott testmagasság mellett a legalacsonyabb halandóságot biztosító testsúlyt, a hegy gerincét sikerült elérniük.

A testmagasság-testtömeg kombináció nem csupán az életesélyeknek jó mutatója: ennek és a hozzávetőleges napi kalóriabevitelnek az ismeretében következtethetünk az egyének teherbírására, pontosabban arra, hogy adott testmagasság és adott napi kalóriabevitel mellett naponta átlagosan hány órányi munkavégzésre képes valaki. Ez utóbbit egyszerűen az emberi szervezet energiafelhasználása alapján kalkulálja Fogel. Ennek fényében, és tudva, hogy a rendelkezésre álló táplálék összetételének javulásán kívül annak mennyisége is jelentősen megnőtt az elmúlt száz évben, könnyen felismerhetjük, hogy az alacsonyabb testmagasság nem egyszerűen a kisebb teherbírás oka volt: minthogy magát a testet is fenn kell tartani, ami szintén energiát igényel, adott kalóriabevitel mellett minél kisebb a test, annál több energiát tud fordítani saját életfunkcióin kívül „hasznos” munkavégzésre, vagyis *érdemes* alacsonyabbnak lenni⁶¹.

A kalóriaigény és a kalóriabevitel ismeretében Fogel megállapította, hogy az 1700-as évek végén a francia munkaerőállomány 10 százaléka semmiféle munkavégzésre nem lehetett képes annyi kalóriából, amennyihez hozzájutott, és a következő 10 százalék is legfeljebb

⁶¹ Egy 177 cm magas és 78 kg súlyú férfinak (ilyen például egy átlagos, harmincas éveit elején járó amerikai férfi ma) pusztán a létfenntartásához napi 2279 kilokalóriára van szüksége. Ebből 485 kilokalóriát a táplálkozás és az alapvető higiéniai tevékenységek emésztnek fel, a fennmaradó 1794 kilokalóriát pedig egyszerűen a metabolismusai használnak el. Az 1700-as évek végén egy átlagos brit férfi napi kalóriaigénye 2700, egy franciáé pedig napi 2300 kilokalória körüli volt. Nyilvánvaló, hogy egy mai amerikai testméreteivel, ekkora fogyasztás mellett ők nem jutottak volna messzire. (Fogel, 1994)

napi 3 könnyebb, vagy fél órányi nehezebb munkát végezhetett. A helyzet a briteknél sem volt sokkal jobb: ugyan itt csak az alsó 3 százalékvolt tökéletesen munkaképtelen, csak hogy a következő 20 százaléknak is legfeljebb napi hatórányi könnyű, vagy egyórányi megerőltető munkára volt ereje.

Felmerülhet a kérdés, hogy mennyiben releváns mindez a mai fejlett országokban vagy Magyarországon. Egyrészt le kell szögezni hogy az éhezés mindkét fajtája – a nem elegendő élelmiszer, és a nem megfelelő minőségű, kalóriát igen, de a szükséges mikrotápanyagok kellő bevitelét nem biztosító táplálkozás (minőségi éhezés) – ismert Magyarországon. Különböző, a 2000-es évek közepén (tehát még a válság és a szociális ellátások azóta történt szűkítése előtt) történt országos adatfelvételek szerint 10 és 30 ezer közé volt tehető a rendszeresen éhező gyerekek száma; egy 1998-as mérés szerint a teljes lakosság 1%-a éhezett folyamatosan, 10%-a pedig időnként ((Bass, 2013), az eredeti forrásokat ld. ott). A minőségi éhezéssel kapcsolatosan Bass (2013) Szécsény kistérségben, Magyarország egyik legrosszabb helyzetű kistérségében végzett felméréséből tudjuk, hogy itt azokban a családokban, ahol jellemző az éhezés problémája, az átlagosnál több kenyér, liszt, krumpli, zsír, kávé és tészta fogy, míg azok, akik nem ismerik ezt a problémát, húsból, sajtból, halból, gyümölcsből és tejből fogyasztanak az átlagnál többet. Másrészt, utóbbi problémával részben összefüggésben, szemben a Fogel által elemzett időszakokkal ma nem a túl alacsony, hanem a túl magas testsúly jelent súlyos népegészségügyi problémát. Az 80. ábra alapján jól követhető, hogy adott testmagasság mellett a testsúly növekedése az optimum elérése után egyre rosszabb halálozási valószínűségeket eredményez. Magyarországon ma felnőtt nők 20, a felnőtt férfiak körülbelül 22%-a elhízott, vagyis BMI-je 30 feletti (KSH, 2015), világszerte ez az arány 11% a férfiak és 15% a nők esetében (WHO, 2014), de a magas és közép magas jövedelmű országok csoportjában ennek hozzávetőleg duplája (WHO, 2014, p. 81).

Nem szabad elfelejteni ugyanakkor – és ez többek között a már idézett Weil (2014) és Deaton (2014) megközelítésének egyik kiindulópontja – hogy a jobb gazdasági teljesítményt eredményező jobb erőnlét és jobb egészségi állapot olyan tényezők miatt vált lehetségessé, mint például a mezőgazdasági termelés fejlődése vagy a népegészségügyi ismeretek bővülése és széleskörű hasznosítása. Ez nem változtat azon a tényen, hogy magát a gazdasági növekedést Fogel eredményei szerint közvetlenül az egészségi állapot javulása eredményezte, de tágabb perspektívába helyezi az egészség és a gazdaság összefüggését, ráirányítva a figyelmet például a technológia és a tudás szerepére, az ezek fejlődését, és különösen a terjedését, széles körű elérhetőségét és alkalmazását segítő vagy gátló tényezőkre, így különösen az intézmények szerepére.

6.4 MIKROSZINTŰ PERSPEKTÍVA

Az egészségi állapot és a gazdasági teljesítőképesség közötti, elméleti úton belátható mikroszintű összefüggésekre vonatkozóan számtalan empirikus kutatás készült már. Az elemzések többsége egy-egy – jellemzően fejlődő – országra és egy-egy egészségi problémára (például a vérszegénységre, a magas vérnyomásra, vagy egyes rizikófaktorokra) szűkítve mutatja be az illető probléma hatását valamely, gazdasági teljesítményként értelmezhető vagy arra közvetlenül ható dimenzióra (például a munkadarabszámmal vagy a bérrel mért termelékenységre vagy a munkakínálatra). Dolgozatomban a fejlett országokra vonatkozó, lehetőleg több ország eredményeit

bemutató, és az általános egészségi állapotból kiinduló tanulmányokra helyezem a hangsúlyt. A témában az elmúlt években több összefoglaló tanulmány is készült (Suhrcke, et al., 2005; 2007; 2012), az irodalmakat részben ezek, részben saját gyűjtés alapján mutatom be.

A továbbiakban röviden bemutatom, milyen csatornákon keresztül hathat az egészségi állapot a gazdasági teljesítményre, és minden „csatorna” esetén ízelítőt adok azon empirikus eredményekből is, amelyek körülbelül 2000 óta a közepes vagy magas jövedelmű országokban gyűltek össze.

Több lehetőség is kínálkozik arra, hogyan strukturáljuk ennek a kapcsolatnak a leírását (lásd pl. Bloom és Canning (2000), és a fent idézett összefoglalók). Én itt a Suhrcke és szerzőtársai által követett elméleti keretet alkalmazom (Suhrcke, et al., 2007), amely az egészségi állapotnak a makrogazdasági termelési függvény tényezőire gyakorolt potenciális, mikroszinten megvalósuló, de makrogazdasági következményekké „összesülő” hatását mutatja be.

A makrogazdasági termelési függvény a közgazdaságtanban megszokottak szerint a következőképp írható fel:

$$Y = A \times F(K, hL),$$

ahol Y a teljes kibocsátást; A a teljes tényező-termelékenységet (total factor productivity, TFP), ami nem az egyes tényezők elkülönülten is értelmezhető jellemzőivel, hanem azok együttes felhasználásának hatékonyságával, vagy egyéb, külső tényezőkkel, sokkokkal függ össze; $F()$ a termelési függvényt; K a fizikai tőke mennyiségét; L a munkaerő mennyiségét; h pedig a munkaerő minőségét jelöli. A későbbiekben bemutatom a gazdasági növekedés különböző közgazdaságtani elméleteit, amelyek a termelést a fentihez hasonló struktúrájú modellek szerint képzelik el. Ezek között a modellek között az egyik alapvető különbség, hogy milyen tényezőket tekintenek külső adottságnak a gazdaság szempontjából – vagyis mit tekintenek a Solow-reziduumnak is nevezett A összetevőjének –, és milyen tényezőket vonnak be a modellbe – vagyis például milyen tényezők befolyásolják a humántőke minőségét jelző h értékét.

Az egészségi állapot a kibocsátást meghatározó tényezők közül hatással lehet a munkaerő minőségére és mennyiségére (hL); a fizikai tőke mennyiségére (K); és a teljes tényező-termelékenységre (A), ahogy azt az alábbiakban bemutatom.

6.4.1 A GROSSMAN-MODELL

Az egészség tőke-jellegének első átfogó, mikroszintű elemzése Michael Grossman nevéhez fűződik ((Grossman, 2000), a modell első megjelenése: 1972). Grossman előtt az egészségre elsősorban mint fogyasztási jószágra tekintettek az egészségügyi közgazdászok. A Grossman-modell abban hozott újdonságot, hogy egyrészt az egyént nem csak mint az egészség fogyasztóját, hanem mint annak termelőjét mutatta be, másrészt az egészséget nem pusztán mint fogyasztási jószágot tekinti, ami közvetlen hasznosságot eredményez az egyén számára, hanem mint termelési tényezőt is, ami növeli a piaci illetve nem piaci tevékenységekkel tölthető idő hosszát. Ennek következtében a modellben az egészség úgy viselkedik, ahogy azt a fizikai tőkétől megszokhattuk: kiinduló állományát

csökkenti az amortizációja, de növelhető különféle, időben és pénzben mérhető befektetésekkel.

Ennélfogva az egészségbe való befektetés az egyén részéről bármiféle más fizikai tőkebefektetéshez hasonlóan lesz értelmezhető. Az egészségre vonatkozó beruházás optimális szintje az, ahol a beruházás határköltsége, vagyis az alternatív beruházások hozamának és az egészség amortizációs ütemének összege megegyezik az egészségbe való beruházás határhasznával, ami a következő egyenlettel írható le:

$$\frac{\text{bér} \cdot \text{egészségbe való beruházás határterméke}}{\text{az egészségbe való beruházás közvetlen költsége}}$$

Az egyén számára az adott pillanatban optimális beruházás mértékét tehát számos tényező befolyásolhatja, a költségvetési korláttól és a szolgáltatások árától kezdve az aktuális vagy elérhető berrátán keresztül például az igénybevett egészségügyi szolgáltatásoknak az egészségre gyakorolt hatását nagyban meghatározó iskolázottsági szintig.

Grossmann modellje azért is különösen izgalmas, mert még egyet csavar az egészségi állapot és a gazdasági teljesítőképesség eleve összetett kapcsolatán: hiszen a modell értelmében a jövedelem nem egyszerűen az aktuális egészségi állapot szintjére van nagy hatással, hanem az egészségi állapot javítására tett erőfeszítések mértékére következképp – bár áttételesen – az egészségi állapot változására.

6.4.2 AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT HATÁSA A MUNKAERŐ MENNYISÉGÉRE ÉS MINŐSÉGÉRE

A MUNKAERŐ TERMELÉKENYSÉGE. Az egészségi állapot javulása két csatornán keresztül is befolyással lehet a munkaerő termelékenységére. Egyrészt, a fizikailag és/vagy mentálisan egészségesebb munkavállalók teherbírása minden más tényező változatlansága esetén is magasabb: ugyanannyi idő alatt több munkát képesek elvégezni, vagyis termelékenységük magasabb. Másrészt, az egészségesebb munkavállalók hatékonyabban lehetnek képesek használni a rendelkezésükre álló fizikai tőkét (gépeket, stb.), ami szintén magasabb termelékenységet eredményez. Az összefüggés mérésének egyik jellemző módja, hogy az egészségi állapotot önbecslés alapján mérik, a termelékenység mutatójául ugyanakkor a megkérdezettek időegységre eső munkabérét használják, azt feltételezve, hogy ez az időegység alatt elvégzett munka, megtermelt jövedelem mértékével, vagyis a termelékenységgel arányos. Tehát azt feltételezzük, hogy a rosszabb egészségi állapotból fakadó termelékenységbeli hátrány „ára” maga az alacsonyabb bér, vagyis a terhet teljes egészében a munkavállaló viseli. Az alternatív megközelítés szerint az, aki nem tökéletes egészségi állapotban dolgozik, alacsonyabb termelékenységre képes csak, és ez a veszteség mérhető (például szintén önbecsléssel). Ezt a jelenséget nevezi a nemzetközi szakirodalom „presenteeism”-nek (az „absenteeism”, hiányzás kifejezés mintájára) (Pauly, et al., 2002), (Nicholson, et al., 2005). Ebben az esetben az egyik lehetséges értelmezés szerint az egészségromlás okozta veszteség csak azoknál jelenik meg a bérben, akik teljesítménybérben dolgoznak, különben a munkáltató, vagy – lévén hogy egyvalaki alacsonyabb teljesítménye másokat (teameket, az ő munkájára épülő munkát végzőket, határidőket, stb.) is befolyásol – részben mindenképpen mások viselik. Felvethető ugyanakkor, hogy azon munkavállalók

esetében, akiknél jellemzőbb a „presenteeism” jelensége, eleve alacsonyabb lehet a munkabér szintje, mint amit az éppen tökéletes egészségi állapotban végzett munkájuk indokolna. Így a munkaadó mintegy „bebiztosítja” magát a presenteeism okozta veszteségek esetére. Ez azonban nem jelenti azt, hogy ezek a veszteségek ne realizálódnának reálgazdasági termeléseszként, össztársadalmi szinten továbbra is költséget okozva. A disszertáció 7. fejezetében a presenteeism kérdésével részletesebben is foglalkozom, és becslést adok annak magyarországi nagyságrendjére. Meg kell jegyezni, hogy mindezek a feltételezések a tökéletesen rugalmas munkaerőpiac modelljére épülnek. A valóságban a bérek közel sem annyira rugalmasak, hogy így tudjanak alkalmazkodni a termelékenységben bekövetkező változásokhoz, és ez – a munkaerőpiaci intézményrendszer jellemzőitől függően – akár nagyon nagy mértékben is befolyásolhatja a vizsgálati eredményeket (Mankiw & Weil, 1992).

Fejlett országokra vonatkozólag viszonylag kevés elemzés készült ezen a területen. Ezeket a dolgozat 8. fejezetében mutatom be részletesen, amely fejezetben a TÁRKI Háztartáspanel és a TÁRKI 2013. novemberi Omnibusz adatfelvételei alapján becslést adok arra, hogyan befolyásolta Magyarországon az egészségi állapot alakulása a béreket egyéni szinten.

MUNKAERŐKÍNÁLAT. A jobb egészségű munkavállalók életében kevesebb az akut epizód és hosszabb időn keresztül vannak munkaképes állapotban. Az egészségi állapot munkakerőkinálatra gyakorolt hatása azonban, az intuitíven is belátható közgazdaságtani elmélet fényében, nem egyértelműen megjósolható, éspedig az egészségi állapottal korreláló termelékenységgel korreláló munkabér munkakínálatot befolyásoló hatása miatt. Az előző pontban bemutatottak szerint a jobb egészségű, magasabb termelékenységű emberek magasabb bért képesek elérni a munkaerőpiacon. A magasabb bér a munkához képest „megdrágítja” a szabadidőt, ezért a szabadidő és fogyasztás közötti átváltásra vonatkozó preferenciáiknak megfelelően a munkavállalók dönthetnek úgy, hogy többet dolgoznak, több szabadidőről mondva le ezáltal. Ezt nevezi a szakirodalom helyettesítési hatásnak. Másrészt ugyanakkor a magasabb bér az úgynevezett jövedelmi hatás révén arra is ösztönözheti a jobb egészségű munkavállalókat, hogy kevesebbet dolgozzanak, hiszen a teljes életciklusra számított jövedelmük alacsonyabb munkakínálat mellett is magasabb lesz, mint ha alacsonyabb bér kaptak volna. A munkakínálat tényleges változását e két hatás összege fogja meghatározni.

Természetesen a fentiek, akár csak az előző szakaszban, tökéletesen rugalmas munkaerőpiacra vonatkoznak, ahol a munkaórák mennyisége és a munkabér korlátozások nélkül változtatható és változik is. A valóságban ez nincs így: a legtöbb esetben rögzített, vagy legalábbis szabályozott a munkaidő hossza, a munkabér nem reagál azonnal és tökéletesen a munkavállaló termelékenységének változására, és a munkaerőpiaci szabályozás is merevvé teszi azt, jellemzően lefelé. A minimálbér intézménye például megakadályozza, hogy bárkinek a bére egy bizonyos szint alá csökkenjen. Befolyásolja a munkakínálatra ható preferenciákat a jóléti intézményrendszer, vagyis hogy milyen, a munkaerőpiacon kívüli forrásokból számíthat jövedelemre valaki. Ugyancsak jelentős hatással van a munkakínálat mennyiségére az öregségi nyugdíj intézményrendszere: a nyugdíjkorhatár mértéke és a nyugdíjba vonulási kor rugalmassága. Ez a tényező a fejlett országok esetében kiemelt jelentőséggel bír az egészségi állapot javulásának makrogazdasági következményeit illetően, hiszen a várható

élettartam emelkedése jellemzően a nyugdíjkorhatár feletti populáció arányának növekedésével jár. Amennyiben a nyugdíjrendszer, illetve a társadalom nem alkalmazkodik a megváltozott körülményekhez, és a várható élettartam növekedésével párhuzamosan nem tolódik ki a foglalkoztatás életkori határa is, az az eltartotti ráta emelkedését vonja majd maga után. Vagyis az egészségi állapot javulása – változatlan technológiai körülményeket feltételezve – nem hogy nem javítja, de egyenesen rontja majd a gazdasági kilátásokat.

Inkább a fejlődő országokkal kapcsolatosan merül fel a következő probléma. Ha az általános egészségi állapot javulása – aminek legyen egyaránt oka a csecsemőhalandóság csökkenése és a felnőttként megélhető évek kitolódása – nem jár együtt a fertilitás csökkenésével, az eltartotti ráta növekedéséhez vezethet, következésképp még növekvő abszolút munkaerőállomány mellett is csökkenő egy főre jutó kibocsátást eredményezhet (lásd pl. Cervelatti és Sunde (2009)).

A munkakínálat – betegségek miatti – csökkenésével illetve az emiatt kieső termeléssel kapcsolatos további szempontot vet fel az úgynevezett „frikciós” megközelítés, mely szerint figyelembe kell venni, hogy a munkából kiesett dolgozók helyét képesek átvenni mások, akár a munkahelyen belüli átszervezés, akár külső munkaerő-felvétel révén (Boncz, 2005)⁶². A megközelítés szerint ezért hiba volna a munkaerőpiacon egészségi okok miatt meg nem jelenők hiányát, kiesett termelését betegségük, illetve aktív éveik végéig összegezni, hiszen munkájukat hamarosan átveszik mások. Ez, különösen munkaerő-túlkínálat esetén jogos érv, még ha a képzés, gyakorlat, specifikus ismeretek megszerzése időt vesz is igénybe, sőt, részben valószínűleg pótolhatatlan. Másrésztől ugyanakkor továbbra is problémát jelent – éppen ez jelenti a problémát – ha fiatal, aktív embereket kényszerít megromló egészségük elhagyni a munkaerőpiacot. Szélsőséges esetben berendezkedhet egy társadalom arra, hogy nap, mint nap tömegek hagyják el állásaikat, mert megbetegszenek, és nyomukban már ott is a következő „vonat” – makrogazdasági szempontból a humán tőke ilyen mértékű devalválódása katasztrofális következményekkel járhat. Gyakorlatilag ez történik a szub-szaharai Afrika számos országában, és jól nyomon követhető, hogy ezek a gazdaságok képtelenek kitörni abból az ördögi körből, amelybe a rossz egészségi állapot miatti alacsony termelékenység, alacsony iskolázottság, szélsőséges szegénység taszítja őket (Mayer-Foulkes, 2005).

A fejlett országokra vonatkozó kutatási eredményeket ezen a területen szintén a dolgozat 8. fejezetében mutatom be, ahol a béreké mellett a foglalkoztatásnak az egészségi állapottal való összefüggését is megvizsgálom a TÁRKI Háztartáspanel adatai alapján.

OKTATÁS. A humán tőke minőségét befolyásoló komponensek közül az oktatás volt az első, és sokáig az egyetlen, amit a közgazdaságtani elméletek figyelembe vettek. Az oktatási rendszerben eltöltött idő illetve az ott elért eredmények valóban nagy hatással vannak a humán tőke minőségére, az egészségi állapot viszont mindkét faktorra nézve meghatározó egyéni és társadalmi szinten egyaránt (Miguel, 2005). Az egyéni szintet vizsgálva feltételezhetjük, hogy a jobb egészségi állapotú gyerekek egyrészt kevesebbet hiányoznak az iskolából, másrészt amikor jelen vannak, nagyobb figyelemre és jobb kognitív teljesítményre képesek, harmadrészt kevésbé morzsolódnak le, ezért összességében hosszabb időt töltenek az oktatási rendszerben. A társadalmi szintet tekintve a várható élettartam növekedésével nő az ösztönzés arra, hogy az egyének,

⁶² (Kollányi, 2012) alapján

családok befektessenek gyermekeik (vagy akár a felnőttek) iskoláztatásába, képzésébe, hiszen a munkában töltött évek számával nő az iskoláztatás megtérülési ideje így a teljes hozama is (Sala-i-Martín, 2005). Brit kutatók azt elemezték egy követéses felvétellel nyert adatbázison, hogy hány tárgyból tettek a diákok „alapszintű” (O-level) vizsgát⁶³ 16 éves korukban, és megállapították, hogy egyértelmű összefüggés van az egészségi állapot és a vizsgateljesítmény között. Az alacsony testsúllyal születettek 0,5-tel, azok, akiknek az anyja dohányzott a terhesség alatt, 0,4-gyel, a hét éves korukban valamiféle krónikus panasszal élők 0,3-mal kevesebb tárgyból vizsgáztak le, mint az átlag, a 16 éves korban tapasztalt krónikus egészségi probléma pedig további 0,2-del csökkentette a sikeres vizsgák számát (Case, et al., 2004).

Ami az empirikus igazolást illeti, mind a mennyiségi, mind a minőségi dimenzióban készültek vizsgálatok az egészségi állapot és az oktatás közötti kapcsolatra vonatkozólag. Amerikai kutatók például fiatal felnőtt férfiak testmagassága és az oktatási rendszerben való részvételük hossza között kerestek összefüggést, és azt találták, hogy minden plusz tíz centiméter további egy iskolában töltött évet jelentett az amerikai, és másfél évet a brazil férfiak esetében, mely utóbbi másfél év egyébként a Brazíliában átlagosan az iskolarendszerben töltött idő egynegyede (Strauss & Thomas, 1998).

6.4.3 AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT HATÁSA A FIZIKAI TŐKE MENNYISÉGÉRE

MEGTAKARÍTÁSOK ÉS BERUHÁZÁSOK. A jobb egészségi állapotú, hosszabb életre számító embereknek nagyobb lehet a hajlandóságuk a megtakarításra. A megtakarítások növekedése a beruházások volumenének emelkedéséhez vezet, ami hozzájárul a gazdasági növekedéshez. Empirikus igazolást a jelenségre például (Bloom & Canning, 2003).

A FIZIKAI ÉS A HUMÁN TŐKE KOMPLEMENTER JELLEGE. A fizikai tőke – a konkrét technológiától függő mértékben – komplementer az azt használó emberi munkaerővel: hiába vesz egy munkaadó új gépeket, ha nincs, aki használja őket. Az alacsony, vagy nem megfelelő minőségű humán tőke-ellátottság ezért visszafoghatja a vállalatok beruházási hajlandóságát. Egybecseng ezzel Jánossy Ferenc trendvonal-elmélete (a „potenciális kibocsátás” határa), melyet elsősorban a humán tőke mennyisége és minősége határoz meg (rövid szemelvényeket lásd Jánossy és Bekker (1997)).

KISZORÍTÓ HATÁS A KÖZKIADÁSOKBAN. Egy ország lakosságának nagyon rossz egészségi állapota és az egészségügyi kiadások iránti igény/szükséglet ebből fakadó megnövekedése kiszoríthat más, a tőkeállományt fejlesztő, infrastrukturális beruházásokat. Paradox módon ugyanakkor az egészségi állapot javulásával összefüggő demográfiai átalakulás is hasonló hatással járhat. A fejlett társadalmak előregedésével, ahogy a krónikus betegségekben szenvedő idősebb korúak aránya nő – még akkor is, ha ezek nem tartják vissza őket a munkaerőpiaci jelenléttől – az egészségügyi kiadásokat növelő nyomás érezhetően növekszik, ami hatással lesz a gazdasági teljesítményre (van Zon & Muysken, 2005). Ez – hangsúlyozom – nem érv az egészségügyi kiadások

⁶³ Az úgynevezett O-szintű (O mint ordinary, átlagos) vizsga az 1990-es évek eleje óta Nagy-Britanniában használt SAT-rendszer elődje, egységes közoktatási vizsgarendszer volt Nagy-Britanniában. Hasonló a mi érettséginkhez, de ezt nem a középiskola végén, hanem az utolsó két év előtt teszik a diákok. Számtalan tárgyból tehetnek vizsgát, egy átlagos diák 9-10 vizsgát tesz.

viasszaszorítása mellett – éppen ellenkezőleg: bizonyos, hogy a fejlett országok demográfiai trendjei minden más körülmény változatlansága esetén is elkerülhetetlenné teszik az egészségügyi rendszerek gyökeres átalakítását és fejlesztését.

ELSZEGÉNYÍTŐ EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK. Az előző pontban jelzett probléma akkor is felmerülhet, ha nincs állami egészségügyi ellátás: ebben az esetben a lakosság forrásai csökkenhetnek a túl nagy egészségi terhek miatt fenntarthatatlan mértékben.

6.5 MAKROÖKONÓMIAI PERSPEKTÍVA

Az egészség makrogazdasági hatására vonatkozó kutatások arra keresik a választ, hogy egy ország, vagy nagyobb földrajzi egység lakosainak *általános* egészségi állapota hogyan befolyásolja az adott földrajzi egység *aggregált* termelését vagy annak növekedését. Ezen a területen valamelyest nagyobb az egyetértés az alkalmazható változók körét illetően, mint a mikroperspektívában, legalábbis ami a gazdasági teljesítményt illeti: szokásosan az egy főre eső GDP vagy ennek növekedési üteme jelzi a gazdasági teljesítményt. Az egészségi állapot operacionalizálása lényegesen problematikusabb, és éppen ez áll a jelenleg is zajló módszertani viták kereszttüzében, elsősorban a módszertani kérdéseket felvonultató fejezetben már említett endogenitás ((Acemoglu & Johnson, 2007), (Weil, 2014)), és a figyelmen kívül hagyott változók problémájával összefüggésben. Egyre világosabb ugyanis, hogy a különböző modellek ártatlannak tűnő specifikációs különbségeiből adódóan – például hogy az egészségi állapot szintjét vagy növekedését veszik figyelembe, és hogy milyen egyéb tényezőkre kontrollálnak – egymásnak homlokegyenest ellentmondó eredményeket hozhatnak (lásd pl. Aghion et al (2011)).

A fejezet hátralevő részében röviden és a teljesség igénye nélkül bemutatom az egészségi állapot makrogazdasági szerepe szempontjából releváns növekedésméleteket, majd a jelenleg folyó módszertani vitát és az annak kapcsán eddig született eredményeket írom le.

A klasszikus közgazdaságtannak a kezdetektől az egyik központi kérdése, hogy milyen tényezők és milyen mértékben járulnak hozzá a gazdasági növekedéshez. A hatvanas évek óta az újabb és újabb növekedésméleti modellek elsődleges törekvése, hogy a növekedés lehetséges forrásainak minél nagyobb hányadát endogenizálják, azaz fejezzék ki külsőként meghatározott helyett a modellen belüli gazdasági tevékenységekkel összefüggésben (Valentinyi, 1995).

Ennek ellenére az, hogy az egészséget, az egészségi állapotot a vállalati és nemzetgazdasági termelésben mint a munkaerő vagy a humántőke egyik komponensét értelmezzék, nem tekint vissza nagyon hosszú múltra. Hosszú ideig a munkaerőre vonatkozó mennyiségi szemlélet volt uralkodó a közgazdaságtanban, és csak lassanként jelent meg és kezdett meggyökerezni a munkaerő-állomány minőségi ismérveit (is) figyelembe vevő szemléletmód. Ezen belül még ma is inkább az oktatás, képzés szerepe van előtérben.

6.5.1 NEOKLASSZIKUS NÖVEKEDÉSMÉLET

A hosszú távú gazdasági növekedés forrásai az azóta is talán a legnagyobb hatással bíró, Solowtól és Swantól eredeztethető neoklasszikus növekedési modell szerint csak külső erők, elsősorban a technológiai fejlődés, illetve a munkaerő-állomány bővülése lehetnek. Eszerint ugyanis hosszú távon minden gazdaság a (mindenki számára azonos mértékben elérhetőnek tételezett) technikai haladásnak megfelelő mértékben növekszik, amennyiben a gazdaságban rendelkezésre álló (a fizikai- és humántőkét együttesen figyelembe vevő) tőkeállomány egyensúlyi szinten van. A modell szerint, amennyiben a tőkeállomány az egyensúlyi szint alatti – mint az a fejlődő országok többségére jellemző – a növekedés üteme magasabb lesz, ennél fogva az alacsonyabb jövedelmű országok GDP-je gyorsabban fog növekedni, mint a gazdag országoké, vagyis létezik abszolút konvergencia a világban.

Az ennek megfelelő, a szegényebb országok automatikus felzárkózására vonatkozó várakozás azonban hiú reménynek bizonyult, ráadásul a neoklasszikus modellben exogénként, „reziduumként” kezelt technológiai haladás túl nagy erővel rendelkezik ahhoz a gazdasági növekedés magyarázatában, hogy értelme legyen elfogadnunk véletlenszerűségét. Ismét a növekedés forrásai, és azoknak a modellen belülről való eredeztetése felé fordult az érdeklődés.

6.5.2 AK-MODELLEK, SCHUMPETERI NÖVEKEDÉSELMÉLET, PETER HOWITT MODELLEJE

A „valódi” endogén növekedésemelvények első generációja, az úgynevezett AK-modellek⁶⁴ ugyanolyan tőkeféleséggként tekintettek a műszaki-technológiai tudásra, mint a tőke már korábban is ismert más fajtáira, de nem választják el expliciten és formálisan a tőkeakkumulációt és a technikai fejlődés formájában beálló „tőkenövekedést” (Vanicsek, et al., 2003). Ezen változtat az endogén növekedésemelvényi modellek Schumpeter-i változata, amely a növekedés elsődleges rugójaként a technológiai fejlődést jelölte meg, fenntartva, hogy annak adaptációja nem automatikus folyamat, hanem maga is feltételez bizony készségeket, képességeket egy ország gazdasága, illetve munkaerő-állománya részéről.

Peter Howitt a Schumpeter-i hagyományból kiindulva mutatja be, hogy egyrészt, a nemzetgazdaságok különféle, a modellen belül magyarázott forrásokból származó képessége a technológia adaptációjára szélsőségesen eltérő konvergenciamintázatokat eredményezhet, másrészt pedig hogy az adott gazdaságok népességnek egészségi állapota, különféle csatornákon keresztül hatva ezekre a képességekre, maga is nagyban befolyásolja a gazdasági növekedést (Howitt, 2005). Howitt egy nyolc egyenletből álló modellt épít fel, melynek első négy egyenlete maga a Solow–Swan-féle nemzetgazdaság leírása, a második négy egyenletben pedig a technológiai haladást, illetve annak átvételét endogenizálja:

⁶⁴ Kronológiailag az AK-modellek megelőzték a Solow–Swan-modell kialakulását. A későbbi, immáron valóban a növekedésemelvények új generációjának tekinthető endogén modellek azonban az AK-hoz nyúltak vissza, ezért említem azt itt.

$$Y = \psi F(K, AS(1 - \varepsilon)), \quad (1)$$

$$dK/dt = \sigma Y - \delta K, \quad (2)$$

$$dL/dt = \eta L, \quad (3)$$

$$dS/dt = \lambda \varepsilon L - \phi S, \quad (4)$$

$$R = \rho Y, \quad (5)$$

$$dA^*/dt = v(A^* - A), \quad (6)$$

$$dA^*/dt = g^* A^*, \quad (7)$$

$$v = \mu R / (A^* L); \quad (8)$$

ahol

Y a végső kibocsátás,

K a (fizikai) tőkeállomány,

S a képességek állománya,

A az aggregált termelékenységi szint,

L a munkaerő-állomány,

R a technológiai fejlesztésre fordított kiadások nagysága,

v az innovációs ráta

A^* pedig a technikai lehetőségek globális határa,

a paraméterek (amelyek mindegyike pozitív értékű) jelentése pedig

ψ a termelési hatékonyság,

ε az iskolázottság

σ a megtakarítási ráta

δ az értékcsökkenési ráta

η a népességnövekedés üteme

λ a tanulási hatékonyság

ϕ a képességekkel súlyozott halálozási ráta

ρ a kutatási intenzitás

g^* a technológia lehetőségek (globális) határának bővülési üteme

μ a kutatási hatékonyság

Howitt bemutatja, hogy a paraméterek és gazdasági jellemzők különféle alakulása esetén (például az ország relatív termelékenységi szintjének vagy a rendelkezésre álló fizikai tőkeállománynak a különféle értékei esetén) az országoknak milyen növekedési tulajdonságokkal rendelkező csoportjai alakulhatnak ki. Az egyik konvergenciacsoportban a technológiai fejlődés üteme megegyezik a technológiai lehetőségek globális határának bővülési ütemével, g^* -vel, a másikban viszont szigorúan alatta marad annak, és a technológiai fejlődés ütemét bizonyos belső sajátosságok határozzák meg. A két országcsoport között az egy főre eső GDP-ben mért különbség folyamatosan növekedni fog, az első csoport javára.

Végül a szerző megvizsgálja, mely csatornákon keresztül és hogyan hat az egészségi állapot javulása a gazdasági teljesítményre. Az *egészségi állapot általános javulása* a

termelési hatékonyság ψ paraméterét növeli, ami az első országcsoportban emelheti ugyan az egy főre eső GDP nagyságát, de nem lesz hatással a hosszú távú növekedési ütemre; a második országcsoportban viszont tartósan megemeli azt, két okból is. Egyrészt, a megnövekedett termelékenységnek köszönhető több jövedelemből többet tudnak technológiai beruházásokra fordítani, minek hatására a technológiai fejlődés üteme új, magasabb pályára áll. Másrészt a jövedelem növekedése az egy hatékony munkásra jutó tőkeállományt is növeli, mindek hatására tovább emelkedik a – részben innovációkra fordítható – jövedelem. Ha elég nagy az egészségi állapotban bekövetkezett javulás, az ország akár az első konvergenciacsoportba is átléphet, stabilizálva a globálisan adott technológiai fejlődési ütemet.

A várható élettartam növekedése a ϕ -vel jelölt képességekkel súlyozott halálozási rátán, vagyis a teljes „képességállomány” értékcsökkenési rátáján keresztül van hatással a gazdasági növekedésre. Amennyiben a várható élettartam növekedése az aktív korúak élettartamának hosszabbodásának köszönhető, az egy hatékony munkásra eső képességállomány növekedni, amennyiben azonban például a csecsemőhalandóság csökkenésének, a képességállomány, legalábbis átmenetileg, csökkenni fog⁶⁵. A relatív képességállomány növekedése ugyanúgy a termelési hatékonyság növekedésén keresztül van hatással a gazdaságra, mint az előző esetben, csak itt most nem a humántőke egészségi, hanem az oktatási dimenziójának javulása zajlik. Ráadásul hosszabb távon a várható élettartam növekedése a σ megtakarítási rátát és az ε iskolázottsági arányt is növeli.

A harmadik csatorna a *tanulási képességek alakulása*, vagyis a modellben λ -val jelölt paraméter változása, ami ugyanúgy van hatással a növekedés ütemére, mint azt a fentiekben már bemutattuk. Ezen túl feltételezhető, hogy a magasabb oktatási teljesítmény pozitív hatással lesz a μ kutatási hatékonyság-paraméterre, és a kutatási intenzitás ρ paraméterére is.

A tanulási képességekkel összefüggő hatás a *kreativitás* általános szintjének emelkedése is. Ez a modell terminológiájában a fentiekhez hasonlóan a kutatás hatékonyságát és intenzitását emeli.

A – főleg gyermekkorban – jobb egészségi állapot képessé teszi az egyént arra, hogy *megküzdjön* többek között a gyors technológiai változások okozta *stresszel*. Ezt a hatást leginkább a termelési hatékonyság (ψ) növekedésével szemléltethetjük, de ez az adaptációs képesség hatással lehet a kutatási intenzitás (ρ) egyensúlyi értékének növekedésére is.

A fentiekén kívül Howitt az egészségi állapot egy további, a modellen belül konkrétan nem azonosítható pozitív hatását is megemlíti, nevezetesen a *jövedelmi egyenlőtlenségek csökkenésének* jótékony következményeit. Bár leszögezi, hogy az egészségi állapot és az egyenlőtlenségek közötti kapcsolat megértése további kutatásokat igényel, azt vélelmezi, hogy az általános egészségi állapot javulását eredményező beavatkozások egy része nagyobb hatással van az eleve rosszabb, mint az eleve jobb egészségi állapotú társadalmi

⁶⁵ Howitt megemlíti, hogy néhány, az 1900-as évek közepén bízható ütemben fejlődő, majd visszaeső ország esetében könnyen lehet, hogy éppen a csecsemőhalandóság hirtelen csökkenése áll a romló teljesítmény hátterében.

csoportokra, csökkentve ezáltal az egészségi állapot egyenlőtlenségeit, és közvetve a jövedelmi egyenlőtlenségeket is⁶⁶.

6.5.3 ÚJ NÖVEKEDÉSELMÉLET – ROMER, LUCAS, ZON–MUYSKEN

Az elsősorban Romer nevéhez fűződő új növekedésemélet fő állítása, hogy az aggregált, a fizikai- és humántőkét is magában foglaló tőkeállományról nem szükségszerű feltennünk, hogy a nemzetgazdaság szintjén is csökkenő lesz a hozadéka – miközben vállalati szinten megmarad ez a versenyhelyzetet biztosító összefüggés (Valentinyi, 1995). Állandó skáláhozadék feltételezésével olyan rendszert kapunk, ahol a tőkeállománynak nincs egyensúlyi *szintje*, csak egyensúlyi *növekedési üteme*. Növekvő hozadék esetén viszont létezik a tőkeállománynak olyan küszöbértéke, ami alatt a gazdaságban a reálkamatláb kisebb, mint a diszkontráta, ezért a háztartások megtakarításai nem hogy nőnének, ezzel egyensúlyba juttatva a gazdaságot – mint azt a neoklasszikus modell feltételezte –, hanem éppen csökkenni fognak, tovább csökkentve a tőkeállomány nagyságát is.

A modellt Lucas és követői fejlesztették tovább az – elsősorban a képzettségi szintet figyelembe vevő – humántőkét a középpontba helyező irányba. Lucas modellje szerint a humántőke felhalmozásának sebességét meghatározza annak kiinduló szintje: a gazdaság szereplői munkaidejüket megosztják a munkavégzés és a humántőke-felhalmozás között, mégpedig úgy, hogy a fizikai tőke/humántőke ideális arányát érik el. Ugyanakkor a későbbi kutatások szerint a „kevés humántőkével rendelkező gazdaságokban a társadalom szereplőinek döntései nem vezetnek ennek a helyzetnek a megváltoztatásához” (Valentinyi, 1995; Vanicsek, et al., 2003). David Mayer-Foulkes ezt a jelenséget nevezte fejlődési csapdának; kutatásai szerint az alacsony humántőkével való ellátottság azt eredményezi, hogy a társadalom tagjai nem hoznak makroszempontról hatékony döntéseket, az (itt egészségi- és oktatási értelemben egyaránt vett) humántőkébe való beruházások szintje nem éri el a társadalmilag optimális mértéket, ezért ezek a gazdaságok mintegy „beleragadnak” a fejletlenségbe (Mayer-Foulkes, 2005).

Van Zon és Muysken a Lucas-i hagyományt követik, amennyiben megmutatják, hogy a gazdasági növekedésnek a tudás akkumulációja az egyik legfőbb forrása – fenntarva, hogy mindez azt feltételezi, hogy a munkaerőpiacot tökéletesen egészséges emberek népesítik be (van Zon & Muysken, 2005).

A szerzők a populációt egészségesek és betegek halmazára osztják, biztosítva az átjárást a két halmaz között. A rendszerben, Lucasétól eltérően, szerepel az egészségügy is, mégpedig gyógyítási és ápolási aktivitás formájában. Bár mindkettő erőforrást von el a gazdasági termeléstől, a gyógyító tevékenység „egészséges munkaórákat” állít elő. A teljes rendelkezésre álló egészséges munkaóra-állományt tehát egyrészt az egészségügyi tevékenységre fordított erőforrások levonásával, másrészt az egészségügy által meggyógyított emberek idejének hozzáadásával kapjuk.

A modell szerint az egészségügy gyógyító tevékenysége parabolikus kapcsolatban áll a fogyasztás egyensúlyi növekedésének szintjével: egy darabig pozitív a kapcsolat, vagyis a

⁶⁶ Bár ez az elképzelés a csökkenő hozadék elvének fényében plauzibilisnek is tűnik, számos, Howitt feltételezésének ellentmondó kutatási eredményt ismerünk, lásd pl. (White, et al., 2009)

gyógyító szolgáltatások volumenének növekedése emeli az egyensúlyi növekedés szintjét, egy idő után azonban – a gyógyítás csökkenő hozamának, és az egészségügy egyre növekvő munkaerő-elvonó hatásának betudhatóan – negatívba vált az összefüggés.

6.5.4 BARRO – EGÉSZSÉG ÉS GAZDASÁGI NÖVEKEDÉS

Barro (1996; 2013) az endogén növekedésméletek humántőkére koncentráló irányzatát követve kísérletet tett az egészségtőke gazdasági növekedésre gyakorolt hatásának modellezésére és számszerűsítésére. Elmélete több ponton rokon a Grossmann-moddal. A szerző bevonta az aggregált termelési függvénybe az egészségi állapotot, ugyanúgy kezelve azt, mint a fizikai- vagy a tudástőkét. Az egészség más szempontból is ugyanúgy viselkedik, mint bármely más tőke: amortizálódik (a modell egyik fő feltevése, hogy a humántőke amortizációja negatív függvénye az egészség kiinduló nagyságának), és beruházásokkal növelhető. A rá vonatkozó befektetési döntések a mikroökonómiából ismert módon születnek: a „termelő” úgy osztja meg erőforrásait a három tőkeféleség között, hogy azok határhozama kiegyenlítődjön. Az egészségnek azon különleges tulajdonsága, hogy minél magasabb a szintje, annál kisebb a humántőke amortizációja, azt eredményezi, hogy az egészség és az iskolázottság relatív súlya a fizikai tőkével szemben egyre növekszik, ezért a termelési folyamatban a tőkének ezek a formái annál nagyobb jelentőségre tesznek szert, minél fejlettebb országgal van dolgunk.

Barro modelljének felépítését empirikus vizsgálatok előzték meg. Tizenegy különféle változó hatását vizsgálta meg a gazdasági növekedés ütemére közel száz országból származó, egy harminc éves intervallumot felölelő adatokon. Az eredmények egyértelműen bizonyították, hogy (a születéskor várható élettartam logaritmusaival mért) egészségi állapot pozitív hatással van a növekedés ütemére. Ugyanakkor a kutatás az egészségi állapot hatásainak egy másik, korábban már említett csatornáját is azonosította: minthogy a termékenységre negatívan hat a növekedésre, az egészségi állapot javulása viszont csökkenti a termékenységet, ezért az egészségi állapot javulása ezen keresztül is a serkenti a növekedést (Vanicsek, et al., 2003).

6.5.5 VITÁK AZ EGÉSZSÉG SZEREPÉRŐL MA

Viszonylag hosszú időn keresztül az a nézet, és azok az eredmények domináltak a diskurzust, hogy az egészségi állapot nagy mértékben hozzájárul a gazdasági teljesítményhez. A látványos eredményeket produkáló vizsgálatok jellemző módszere a különböző fejlettségű országok nagy csoportjain végzett keresztmetszeti elemzés volt, és megbízhatónak tűnő módon igazolták, hogy az egészségi állapot érzékelhető, sőt, jelentős mértékben befolyásolja az egyes országok gazdasági teljesítményét, vagyis hogy trendszerű, az egészségi állapotnak betudható különbségek vannak a rosszabb és a jobb egészségi állapotú országok gazdasági eredményei között. Az utóbbi időben egyre több hosszú idősoros, 40-60 évet átfogó elemzés készült, változó eredményekkel. A 11. táblázat a viszonylag szoros összefüggést kimutató elemzések eredményei közül mutat be néhányat:

11. táblázat: Az egészségi állapot és a gazdasági teljesítmény számszerű összefüggései

Forrás	Egészségi állapot-változás	Ennek hatására bekövetkező gazdasági változás
(Zamora, 2000; Bloom & Canning, 2000)	A várható élettartam 5 évnyi növekedése	A GDP-növekedés ütemének 0,3-0,5 százalékpontos emelkedése
(Bhargava, 2001)	A felnőttkori túlélési ráta 1%-os növekedése	A GDP-növekedés ütemének 0,05 százalékpontos növekedése
(Jamison, et al., 2004)	A felnőttkori túlélési ráta 1%-os növekedése	A GDP fél százalékos növekedése
(Weil, 2005) ⁶⁷	Az egészségi állapot országok közötti különbségeinek megszüntetése	Az egy munkavállalóra jutó GDP varianciájának 9,9%-os csökkenése
(Ashraf, et al., 2008)	A várható élettartam 40-ről 60 évre való növekedése	Hosszú távon 15%-kal növeli az egy főre jutó GDP-t
(Bloom, et al., 2013)	Várható élettartam 1%-os növekedése	60 év alatt 5-15%-os GDP/fő növekedés
(Barro, 2013)	A várható élettartam 50-ről 70 évre való növekedése	A GDP-növekedés évi 1,4 százalékpontos növekedése

Forrás: (Suhrcke, et al., 2005) és saját gyűjtés

Ha csak a fejlett országokat vizsgáljuk ugyanilyen módszerekkel, elsősorban halálozási statisztikákat alkalmazva, az egészségi állapot alig-alig tűnik hatással lenni a gazdaság teljesítményére. A jelenség egyik lehetséges magyarázata, hogy az egészségi állapot – például annak csökkenő megtérülési rátája miatt – valójában csak a fejlettség alacsonyabb szintjein befolyásolja jelentősen a gazdaság teljesítményét: minél fejlettebb egy gazdaság és jobb az általános egészségi állapot, annál inkább háttérbe szorul az egészség, és inkább a „hagyományos” humántőke-komponensek, az iskolázottság, szaktudás, skillek kerülnek előtérbe. Mások azzal érvelnek, hogy a változók megválasztása elhibázott: a várható élettartam a fejlett országok között eleve nem eléggé differenciált ahhoz, hogy elemzésével értékelhető eredményeket kapjunk (Tompá, 2002). Utóbbi álláspont képviselői felvetik, hogy ha nem a várható élettartamot, hanem például a szív- és érrendszeri eredetű halálozást, vagy ezen megbetegedések gyakoriságát tekintenénk az egészségi állapot mutatójaként, a fejlett országok esetében is empirikus bizonyítást nyerhetne az egészségi állapot relevanciája a gazdasági fejlődés szempontjából. Suhrcke és Urban (2009) 1960 és 2000 közötti, szív- és érrendszeri eredetű halálozási adatokat elemeztek különböző fejlettségű országcsoportokban, és azt találták, hogy 5%-os szignifikanciaszinten a fejlett országokban az egy százalékkal magasabb kardiovaszkuláris halálozás 0,1 százalékponttal csökkenti az egy főre jutó növekedést.

A jelenleg az egészségi állapot makrogazdasági hatására vonatkozó viták iránya kettős. A kutatások egyik része az eltérő specifikációkat alkalmazó modellek radikálisan eltérő eredményeire keresi a magyarázatot, de azon a paradigmán belül, mely szerint az egészségi állapot legalábbis kétirányú kauzális kapcsolatban van a gazdasági teljesítménnyel. A másik irányzat, amely Daren Acemoglu és James Robinson 2011-es, „Miért buknak el a nemzetek” (Acemoglu & Robinson, 2013) című könyve óta van egyre nagyobb hatással a gazdasági fejlődéssel kapcsolatos közgondolkodásra, a gazdasági fejlődés és – egyebek mellett – az egészségi állapot közötti minden mástól független kauzális viszony helyett arra hívja fel a figyelmet, hogy mindezen jelenségek empirikus együttjárásának valamely harmadik, közös, eddig – legalábbis a makroökonómusok által – figyelmen kívül hagyott tényező is a háttérben állhat: Acemoglu és Robinson szerint a

⁶⁷ Weil annyiban kakukktozás, hogy módszere jellemzően mikroszimuláció.

különböző országok általánosságban vett politikai és gazdasági intézményrendszerének jellegzetességei (másként a „játékszabályok” (Acemoglu & Robinson, 2008)). A nem befogadó jellegű társadalmakban nem a rossz általános egészségi állapot áll a gazdasági fejlődés útjába, és nem is fordítva: az egészség is és a gazdaság is azért elmaradott, mert a politikai-gazdasági intézményrendszer a hatalmon levő kevesek érdekeit védi egyedül. A tanulmány gondolatmenetének – a korábbiakban bemutatott, a magyar közpolitika-alkotás opportunisztikus jellegzetességeit új megvilágításba, illetve szélesebb kontextusba helyező – lényegi pontja, hogy a társadalmi és gazdasági berendezkedés nem „magától” alakul olyanná, amilyenné, hanem az elitek tevékenységének hatására: ha azok szűk értelemben és rövid távon érteve önérdékkövetők, az intézményrendszer, amit kialakítanak, és amit a későbbiekben nagyon nehezen lehet csak megváltoztatni sem fogja a társadalom érdekeit szolgálni.

Acemoglu nem előzmények nélkül fordult az intézményi magyarázat felé: több olyan vizsgálat is kötődik a nevéhez, amely az egészségi állapot és a gazdasági teljesítmény között nem talált szignifikáns kapcsolatot (Acemoglu & Johnson, 2007; 2014). Ezek a cikkek adtak újabb lendületet egyebek mellett a demográfiai folyamatok vizsgálatának az egészség makrogazdasági következményeivel kapcsolatban. Amennyiben a várható élettartam javulása valamilyen oknál fogva az aktív korú népesség arányának csökkenését eredményezi egy társadalomban, az rövidebb-hosszabb időtávon az egy főre jutó GDP csökkenésével járhat. Az aktív korúak arányának csökkenése bekövetkezhet azért, mert a halandóság csökkenése nem jár együtt a fertilitás azonnali csökkenésével, miként az a demográfiai átmenetben jellemző – vagyis továbbra is sok gyerek születik, és közülük több éri meg a felnőttkort. A sokországos, több évtized adatait elemző vizsgálatok ((Acemoglu & Johnson, 2007) is ilyen) esetében például komoly problémát okozhat, hogy sok fejlődő országban csak az 1970-es években kezdődött meg az a demográfiai átmenet, ami a fejlett világban az 1940-es években lezajlott (Cervellati & Sunde, 2009). A mikroösszefüggéseknél már említett módon ugyanakkor ugyancsak demográfiai illetve intézményi jellegű okokból járhat a relatív jövedelem csökkenésével, ha egy országban nő a várható élettartam, a nyugdíjba vonulás ideje azonban nem emelkedik ennek megfelelő mértékben. Ez esetben a már inaktív idősök aránya fog emelkedni az aktív korúak terhére, amit ha nem ellensúlyoz a termelékenység-növekedés, bekövetkezhet a relatív kibocsátás csökkenése. Ennek a felvetésnek a relevanciáját erősíti Hazan & Zoabi (2006) azon eredménye, hogy bár az elmúlt 150 évben jelentősen nőtt a várható élettartam, az emberek által életük során összességében ledolgozott munkaidő hossza csökkent.

Acemoglu és Johnson cikke az alkalmas változókkal kapcsolatos vitának is kiindulópontja lett. Míg Acemoglu & Johnson (2007) a várható élettartam növekedését (illetve annak egy instrumentumát) vonja be az elemzésbe, Bloom és szerzőtársai, (2013) azzal érvelnek, hogy nem hagyható figyelmen kívül az egészségi állapot kiinduló szintje sem, és elemzésük szerint ha ezt is bevonjuk az elemzésbe, az egészségi állapot jelentős pozitív gazdasági hatását találjuk. Bár válaszukban Acemoglu és Johnson (2014) kitágítják az időhorizontot, ezáltal vonva be a kiinduló egészséget, és ők így sem találnak említésre méltó összefüggést, több más szerző száll be a vitába az alkalmazható/alkalmazandó változók kérdésével kapcsolatban. Az egyik javaslat (Aghion, et al., 2011) az, hogy a várható élettartam (vagy instrumentumának) kiinduló/átlagos szintjét és annak változását, melyek egymással erős negatív összefüggésben állnak, egyszerre kell a modellben szerepeltetni. Eredményeik szerint mindkét tényező pozitívan függ össze az egy főre jutó GDP növekedési ütemével a vegyes fejlettségű országok csoportján, a fejlett

(OECD-tagállam) országok esetében ugyanakkor csak a 40 év alattiak halálozásának csökkenése növelte a termelékenységet. Egybeesik ezzel Lorentzen és szerzőtársai (2008) javaslata is. Ők logikailag plauzibilis módon indokolják, majd empirikusan tesztelik, miért elsősorban az aktív életkorban levők mortalitásának csökkenése eredményezhet jelentős gazdasági előnyöket. Érvelésük szerint mind a fertilitási döntéseket, mind például a gyermek oktatásába való beruházást illető döntést inkább befolyásolja, hogy a már felnőtt gyermekek milyen hosszú aktív időszakra számíthatnak, semmint a csecsemő- vagy gyermekhalandóság. Eredményeik szerint az oktatás nem tekinthető erőteljes közvetítő csatornának az egészség és a gazdasági teljesítmény között, a fertilitás és a fizikai tőkeakkumuláció ezzel szemben igen, és a halandóság egy standard hibányi romlása a növekedés 1,13 százalékpontnyi csökkenésével jár.

7. A BETEGSÉG KÖLTSÉGEI MAGYARORSZÁGON – TELJES KÖLTSÉGBECSLÉS, KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A NEM TÖKÉLETES EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTBAN VÉGZETT MUNKA OKOZTA TERMELÉSKIESÉSRE⁶⁸

Ebben a fejezetben becslést adok a betegségek teljes, 2013-as évre számított költségeire Magyarországon. A teljes, vagyis nem csak a betegségek gyógyítására fordított közvetlen, hanem az azok által előidézett termeléskiesés közvetett költségeit is számba vevő összegzés Magyarországon alig készül⁶⁹, az állami egészségügyi kiadások – mint azt az 4. fejezetben röviden bemutatam – aránya folyamatosan csökken, ami azt az illúziót keltheti, hogy egyre kisebb terhet ró az egészség hiánya az országra. Holott ez éppen ellenkezőleg van: ahogy az egészségügy egyre kevesebb forráshoz jut, és egyre kevésbé képes hatékonyan, hatásosan kezelni a betegségeket, úgy azok közvetett költségei, vagyis az általuk előidézett gazdasági veszteségek várhatóan egyre nagyobb mértékűek lesznek. Ez aláhúzza az elemzés fontosságát.

A 6., az egészség gazdasági hatásainak értelmezéséről és méréséről szóló fejezetben, röviden bemutatam a betegségek költségeit (cost-of-illness) becselő irányzatot. Ezen költségeknek két, közgazdaságilag jól megragadható köre van: a közvetlen, jellemzően a betegségek gyógyítására fordított, és a közvetett, a betegségek okozta termeléskiesés miatt felmerülő költségeké. A közvetett költségek között vehetjük számba az idő előtt elhalálozottak, a tartósan betegek, a táppénzen levők „elveszett” termelését, és azt a termeléskiesést is, amit a nem tökéletes egészségi állapotban dolgozók csökkent termelékenységé (vagyis a szakirodalomban „presenteeism”-nek nevezett jelenség) okoz.

Magyarországot illetően módszertani szempontból ez utóbbi becslés jelent újdonságot, ezért ennek hátterére, a nemzetközi szakirodalomban fellelhető irányzatok és eddigi eredmények bemutatására bővebben kitérek. A többi költségelemmel kapcsolatban az értetőséghez szükséges mértékben mutatom be a felmerülő módszertani kérdéseket, a használt adatokat, és a becslések során tett feltételezéseimet.

7.1 A BETEGSÉGEK KÖLTSÉGEIRŐL ELŐLJÁRÓBAN

A betegségek költségeinek becslésére vonatkozó irodalomban általában Dorothy P. Rice 1967-es cikkét (Rice, 1967) tekintik a betegségek teljes körű gazdasági költségeinek becslésére tett első átfogó kísérletnek. Itt született először a betegségek közvetlen költségei mellett a közvetett, a termeléskiesésből fakadó költségekre is szisztematikus igényű becslés. A tanulmány a mortalitás és morbiditás, közelebbről a betegség miatti (becsült) hiányzás nagyságrendje alapján ad közelítést a közvetett költségek nagyságrendjére. Nem veszi közvetlenül figyelembe ugyanakkor, hogy a nem tökéletes egészségi állapotban végzett munka is veszteséget generál a tökéletes egészségi

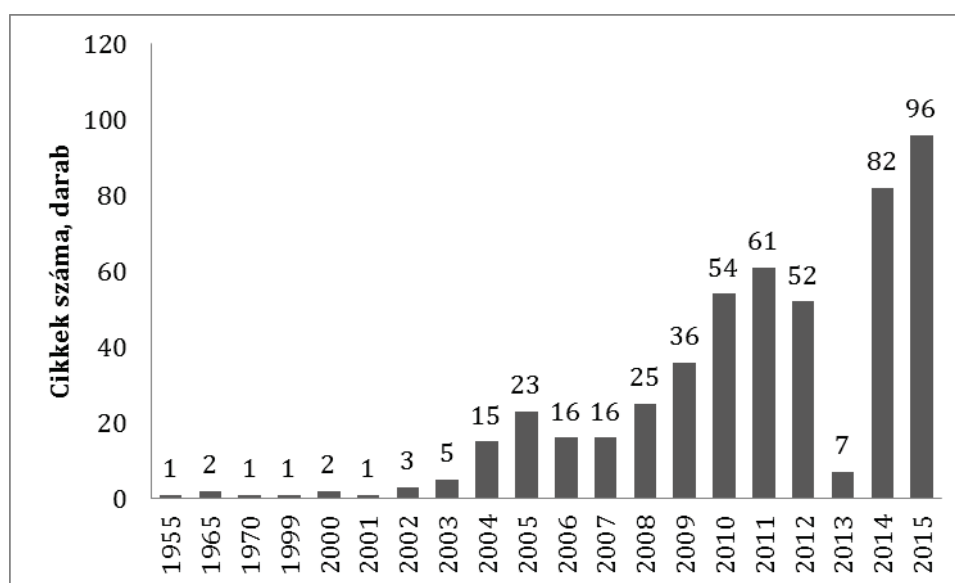
⁶⁸ A fejezet részben Kollányi és Imecs (2007) 2. fejezetére épül

⁶⁹ Kísérletet tettek például erre Ács és szerzőtársai (2011)

állapotban végzett munkához képes – vagyis figyelmen kívül hagyja a presenteeism jelenségét. A kifejezetten a presenteeism okozta gazdasági veszteségekre született első elemzés 1955-ös (Canfield & Soash, 1955) nem a kifejezetten az egészségi problémákkal összefüggő presenteeism, hanem általában a nem teljes értékű munkahelyi jelenlét okozta veszteségekre koncentrál.

A nemzetközi szakirodalomban a 2000-es évek eleje óta egyre több olyan tanulmány jelenik meg, amely ez utóbbi, az úgynevezett „presenteeism” költségét igyekszik megbecsülni (81. ábra):

81. ábra: A presenteeism kifejezés előfordulása a PubMed adatbázisában található cikkek címeiben, 1955-2015



Forrás: PubMed

Az alábbiakban bemutatom egyrészt a munkahelyi hiányzások alakulását befolyásoló tényezőkre vonatkozó szakirodalmi tapasztalatokat, másrészt pedig a presenteeism szakirodalmának főbb jellemzőit, módszereit és eredményeit. A két terület elvileg szorosan, egymást kiegészítő módon összefügg, hiszen adott egészségi probléma esetén vagy hiányozni fog valaki a munkahelyéről, vagy jelen lesz ugyan, de alacsonyabb hatékonysággal fog dolgozni.

7.1.1 MUNKAHELYI HIÁNYZÁSOK ÉS PRESENTEEISM

Egy ember háromféle ok miatt hiányozhat kevesebbet a munkahelyéről: mert egészségesebb, mint mások; mert ugyan nem egészségesebb, mint mások, de valamiért úgy gondolja, nem engedheti meg magának, hogy hiányozzon; és valami egészen más, az egészségi állapotával össze nem függő ok miatt.

Hosszú ideje kutatják, milyen, az egészségi állapoton kívüli tényezők befolyásolják a munkahelyi hiányzások alakulását. Ez a terület az egészségi állapot és a gazdasági teljesítmény összefüggésének vizsgálatakor két okból is különösen fontos: egyrészt maga a betegség miatti hiányzás is veszteséget okoz, de az is, ha különböző okok miatt, bár egészségi állapota nem tökéletes, bemegy valaki a munkahelyére. Vagyis azok a faktorok,

amelyek azonos egészségi állapot esetén is alacsonyabb hiányzási rátát „indukálnak”, nagy valószínűséggel a presenteeism által okozott nagyobb veszteséggel járnak együtt.

A nemzetközi szakirodalomban vizsgált, a munkahelyi hiányzások gyakoriságát befolyásoló szociológiai-gazdasági jellegű tényezők az alább bemutatott három csoportra oszthatók az egészségi állapottal való összefüggés és ezzel együtt a presenteeism valószínűsíthető, párhuzamos gyakorisága szempontjából.

A hiányzások volumenét befolyásoló tényezők egy része feltehetően elsősorban azért hat a hiányzási „rátára”, mert magával az egészségi állapottal van összefüggésben. A vizsgálatok jelentős része ugyanis nem kontrollál az egészségi állapotra, az pedig erős negatív hatással van a hiányzások volumenére (Lusinyan & Bonato, 2007; Linn & Linn, 1980; Crossley & Kennedy, 2002; Stormer & Fahr, 2010; Benavides, et al., 2000; North, et al., 1993; Langenhoff, 2011). Így például egyértelműen csökkenti a hiányzást a magasabb iskolázottság (Drago & Wooden, 1992; Granlund, 2010; Winkleby, et al., 1990; Langenhoff, 2011) és a magasabb személyes jövedelem (Lundquist, 1958; Fried, et al., 1972; Beatty & Beatty, 1975; Drago & Wooden, 1992; Barmby, et al., 2003). A magasabb jövedelemnek a hiányzásokkal való kapcsolata nem csak az egészségi állapotra gyakorolt közvetett hatással összefüggésben, hanem a munka vs. szabadidő közötti átváltás elméleti keretben is értelmezhető. Eszerint minél magasabb a bér, annál nagyobb az otthonmaradás használdozati költsége, ami – hacsak nem 100%-os a bérpótlás – a kiterjedtebb szociális biztonsági rendszerekkel rendelkező országokban is érvényes. Ugyancsak alacsonyabb a hiányzási ráta a magasabb beosztású foglalkoztatottak körében (Barmby, et al., 2002; North, et al., 1993; Klein, 1985; Leaker, 2008). Ennek egyrészt valószínűleg szintén van egy, az egészségi állapottal összefüggő komponense. Másrészt ugyanakkor a munkával való magasabb elégedettség (Steers & Rhodes, 1978), a munkahelyi sérülések kisebb veszélye, és a munkaidő, a munka beosztásának nagyobb rugalmassága (Kenyon & Dawkins, 1989) is hozzájárulhat ezekben a státuszokban az alacsonyabb hiányzáshoz. A várakozásokkal ellentétben a magasabb életkor, dacára a várhatóan romló egészségi állapotnak, nem okozza egyértelműen a hiányzások mértékének növekedését. Ezt a különféle szerzők azzal magyaráznak, hogy az életkorral nő az intézmény iránti elkötelezettség (Allen, 1981; Drago & Wooden, 1992) és a hiányzással nyert szabadidő használdozati költsége (Hackett, et al., 1994; Allen & Meyer, 1993; Gellatly, 1995). Más szerzők ugyanakkor az életkor és a munkahelyi hiányzások között negatív összefüggést mutattak ki (Barmby, et al., 2002; Bergendorff, 2004; Geurts, et al., 2000; Lusinyan & Bonato, 2007). Abból azonban, hogy a hiányzások volumene ezekkel a tényezőkkel magyarázható, nem következtethetünk a presenteeism okozta veszteség mértékére: egyáltalán nem biztos, hogy a többet hiányzók tökéletes egészségben lesznek jelen a munkahelyükön, amikor jelen lesznek.

A hiányzásokkal szoros összefüggésben álló tényezők másik köre esetében a gyakoribb munkahelyi hiányzások hátterében feltehetően nem, vagy nem csak a munkavállaló saját egészségi állapotának alakulása áll, hanem olyan más emberek ápolási szükségletei, akikért a munkavállaló felelősséget vállal. Így jellemzően gyakrabban hiányoznak a munkahelyükről azok, akiknek kisgyerekek van (Barham & Begum, 2005), azok, akik házasságban vannak (Barmby, et al., 2002), és általában a nők (Geurts, et al., 2000; Barmby, et al., 2002; Johns, 2003; Barham & Begum, 2005), akik a tradicionális nemi szerepeket követve jellemzően még mindig nagyobb részt vállalnak a családtagok ápolásában. Árnyalja ezeket az összefüggéseket, hogy egyrészt bizonyos kutatások szerint az, ha a

munkavállaló mások jövedelmére is támaszkodhat, mert például családban él, szintén növeli a hiányzási rátát (Baker & Pocock, 1982; Lusinyan & Bonato, 2007; Drago & Wooden, 1992). Másrészt a női hiányzás eltérő mintázatának hátterében részben az egészséghez való eltérő viszony, a megromló egészségre való nagyobb érzékenység, illetve egyes munkahelyi faktorokra, például stresszre való nagyobb érzékenység is meghúzódhat (Johns, 2003).

A tényezők harmadik köre szűkebb témánk szempontjából talán a legrelevánsabb. Ezek esetében intuitíve valószínűsíthető, hogy az alacsonyabb mértékű munkahelyi hiányzások hátterében nem a jobb egészségi állapot áll, hanem az, hogy a munkavállalók valamilyen okból vonakodnak távol maradni a munkahelyüktől még akkor is, ha egészségi állapotuk ezt indokolná. Ezek a tényezők elsősorban a foglalkoztatás jellegével, biztonságával, illetve a foglalkoztatáshoz kapcsolódó jóléti ellátások kiterjedtségével és jellemzőivel függenek össze. A nemzetközi szakirodalom szerint általában alacsonyabb a munkahelyi hiányzás a határozott idejű, vagy nem tartós foglalkoztatás esetén (Gimeno, et al., 2004; Benavides, et al., 2000; Bergendorff, 2004; Virtanen, et al., 2001; Virtanen, et al., 2003; Virtanen, et al., 2004) és a részmunkaidőben foglalkoztatottak esetén (Lusinyan & Bonato, 2007; Barham & Begum, 2005; Drago & Wooden, 1992). Ezen, kevésbé biztos foglalkoztatási formák esetén mindenképpen felmerül, hogy a munkavállalók az állásuk elvesztésétől való félelem miatt mennek el dolgozni akkor is, ha éppen betegek, vagyis ebben az esetben az alacsonyabb hiányzási ráta mindenképpen a presenteeism magasabb szintjével jár együtt. Bizonyos eredmények ugyanakkor ellentmondanak ennek az intuíciónak: Johns (2008) számol be két olyan tanulmányról, melyek szerint a presenteeism szintje nem különbözött, vagy akár magasabb is volt azok esetében, akiknek tartósabb volt a foglalkoztatásuk (Aronsson & Gustafsson, 2005; Aronsson, et al., 2000). A részmunkaidős foglalkoztatásnál ugyanakkor az alacsonyabb hiányzási ráta oka lehet az is, hogy a munkavállalónak eleve több a szabadideje, ezért kevésbé van szüksége arra, hogy azért jelentsen beteget mert például ügyeket kell intéznie, vagy ha beteg, részben eleve a szabadidejében gyógyul; illetve a szabadidő-munka átváltásban a szabadidő, lévén eleve több van belőle, kevesebbet ér.

A foglalkoztatás tágabb intézményes környezetével való kapcsolat hatása is erőteljes a munkahelyi hiányzások volumenére. Alacsonyabb a hiányzások aránya a piaci szektorban is a közszférához képest két Nagy-Britanniát vizsgáló tanulmány szerint (Barham & Begum, 2005; Leaker, 2008), mely esetben magyarázatként felmerül nem csak a munkahely biztonságának kérdése, hanem az is, hogy mennyire nagyvonalú a jóléti rendszer, egész pontosan a bérpótlás a betegség miatti hiányzás esetén – ami országonként, de vállalatonként is különböző lehet. A kevésbé nagyvonalú betegbiztosítás visszatárhathatja a munkavállalót attól, hogy betegszabadságra menjen, akár csak az, ha a betegség közvetlen költségei nagyobb részben hárulnak a munkaadóra (Lusinyan & Bonato, 2007). A magasabb munkanélküliségi ráta szintén alacsonyabb hiányzási rátával jár együtt (Daniels, et al., 2007; Markham & McKee, 1991; Johns, 2008).

Ugyanakkor, mint Johns (2008) rámutat, a tapasztalatok szerint félrevezető lehet egyszerűen a hiányzások volumenéből következtetni a presenteeism nagyságrendjére – ehelyett a hiányzások és a presenteeism jelenlétének együttes vizsgálatára volna szükség, lehetőleg az egyéb, például pszichológiai faktorokat is figyelembe véve.

7.1.2 DEFINÍCIÓS KÉRDÉSEK

A presenteeism kifejezéssel tehát azt a jelenséget jelöli a szakirodalom, amikor a munkavállaló nem tökéletes egészségi állapotban dolgozik, és emiatt a munkateljesítménye elmarad a lehetségestől. Valójában a kifejezés jelentése korántsem ennyire egyértelmű: számtalan különböző értelemben használatos még a friss irodalomban is (Johns, 2012). Emiatt szokás megkülönböztetni a „betegséggel összefüggő presenteeism” jelenségét, és ezáltal elválasztani például attól, amikor a munkavállaló termelékenységé más, a figyelmét vagy az idejét igénybevevő tényezők miatt marad el a lehetségestől. Ez a megkülönböztetés sem feltétlenül egyértelmű azonban: a krónikus stressz és szorongás megközelítéstől függően sorolható az egészségproblémák és az „egyéb” tényezők közé. Az egyik jellemző irányzat kifejezetten a betegszabadság vonatkozásában értelmezi a presenteeism jelenségét: eszerint akkor beszélhetünk presenteeism-ról, ha az illető munkavállaló egészségi állapota azt indokolná, hogy otthon maradjon, ő mégis elmegy dolgozni ((Johansson & Lundberg, 2004; McKevitt, et al., 1997), idézi (Johns, 2012)). Ezzel a megközelítéssel az a probléma, hogy igen jellemzőek olyan, krónikus egészségi állapotok, amelyek a legkevésbé sem indokolnak betegszabadságot, de befolyásolják a munkavégző-képességet: például különböző mozgásszervi problémákból eredő fájdalmak, alvásszavar miatti krónikus kialvatlanság, vagy épp a más említett krónikus stressz és szorongás. Utóbbi faktorok azért is különösen fontosak, mert a mentális egészség hiánya nagyobb terhet látszik róni a gazdaságra, mint a fizikai jellegű egészségproblémák (Goetzel, et al., 2004; Goetzel, et al., 2003).

7.1.3 A PRESENTEEISM MÉRÉSÉNEK TECHNIKAI KÉRDÉSEI

A presenteeism szakirodalma a fentieknek megfelelően megközelítésében és mérési módszereiben sem letisztult, eredményei pedig mind dimenziójukban, mind nagyságrendjükben igen különbözőek. A különböző országokban, különböző időpontokban, különböző módszerekkel született becslések a presenteeism nemzetgazdasági költségeit a GDP alig 0,2%-ától (Davis, et al., 2005) annak több mint 3%-áig (DeVol & Bedroussian, 2007) terjedő intervallumban becslik (Holt, 2010; Burton, et al., 2006; Goetzel, et al., 2004; Quazi, 2013; Medibank, 2011).

Az eltérések a definíciós problémák nagyjából megnyugtató tisztázása után elsősorban az érvényesen lehetséges megközelítések sokféleségéből fakadnak.

7.1.3.1 A PRESENTEEISM KITERJEDTSÉGÉNEK MÉRÉSI MÓDSZERE

Alapvetően háromféle megközelítés létezik annak mérésére, mennyire kiterjedt (hány embert, és/vagy hány munkanapot, munkaórát, és azokat milyen mértékben) érint a presenteeism jelensége.

Az első megközelítés szerint munkavállalók egy mintájától kérdőív segítségével gyűjtenek adatokat arról, milyen mértékben és milyen egészségügyi problémákból kifolyólag jellemző rájuk, hogy nem tökéletes egészségi állapotban dolgoznak, illetve hogy ez mekkora termelékenység-veszteséget okoz esetükben (lásd például (Nicholson, et al., 2005)). A módszer előnye, hogy közvetlen információt biztosít a presenteeism

mértékéről, hátránya ugyanakkor az önbecslésből fakadó bizonytalanság. Ezt a bizonytalanságot csökkenti valamelyest, hogy számos standardizált és ellenőrzött megbízhatóságú mérőeszköz, kérdőív áll már a kutatók rendelkezésére. Ez a módszer alkalmas az egyes munkáltatók lokális termeléskiesésének, és – a minta reprezentativitásától függően – a makroszintű termeléskiesésnek a becslésére is.

A másik megközelítés szerint bizonyos betegségek korlátozó jellegét mérik fel az ezekben a betegségekben szenvedők kérdőíves felmérésével, majd a morbiditási viszonyok ismeretében adnak becslést az egyes betegségek okozta teljes termeléskiesésre (lásd például (Lofland, et al., 2001)). Bár a módszer ugyancsak önbecslésen alapul, előnye, hogy a standardizált kérdőívek a különböző betegségek konzekvenciáinak felmérésében az előbbi megközelítésnél is kifinomultabb mérést tesznek lehetővé, illetve nagy mennyiségű, más kutatási célokat szolgáló, betegségspecifikus adat áll rendelkezésre.

A harmadik megközelítés már meglévő adatokat, például standard kérdőívek eredményeit használja. Ezek célja eredetileg nem kifejezetten a presenteeism becslése, de tartalmazhatnak olyan változókat, amelyek alapján következtetés vonható le a presenteeism kiterjedtségére a megkérdezettek esetében, akár más adatokkal összekapcsolva (például (Holt, 2010)).

7.1.3.2 AZ ALKALMAZOTT MÉRŐESZKÖZ

Jóllehet a standardizált mérőeszközök célja éppen az, hogy egységes keretben értelmezhető eredményeket tegyenek elérhetővé, a betegségekkel kapcsolatos termelékenység-csökkenés mérésének területén mára standardizált mérőeszközök egész serege áll rendelkezésre (egy 17 elemű gyűjteményt ld. (Econtech Pty Ltd., 2007, p. 8)). A megvizsgált eszközök közül a megbízhatóságot illetően vannak ugyan az eszközök között különbségek, de egyik sem kiugróan kiemelkedő (Beaton, et al., 2010; Brown, et al., 2014).

7.1.3.3 A MÉRÉS DIMENZIÓJA

Nagy mértékben megnehezíti az eredmények összevetését, hogy azok eltérő dimenziókban mozognak, jóllehet, gyakori, hogy ugyanaz a tanulmány különböző dimenziókban is becslést ad a veszteségre. A jellemző „mértékegységek” az alábbiak:

- munkaidő (óra, nap heti, havi vagy éves szinten) (Davis, et al., 2005)
- a presenteeism más költségnemekhez mért aránya, például
 - o a munkaerő költségéhez
 - o a betegség miatti hiányzások okozta veszteséghez
 - o a betegségek közvetlen költségeihez (pl. (Goetzel, et al., 2004; Loeppke, et al., 2007))
- az abszolút, teljes, nominális veszteségben kifejezett költség (Davis, et al., 2005; DeVol & Bedroussian, 2007)
- az abszolút, egy munkavállalóra jutó, nominális veszteségben kifejezett költség (Ozminkowski, et al., 2004; Burton, et al., 2006)
- a GDP arányában kifejezett költség (DeVol & Bedroussian, 2007).

Mindez vonatkozhat egyes betegségeknek a fenti dimenziókban vett következményeire (pl. (Goetzel, et al., 2004)), de alapulhat „aggregált”, a betegségek költségeit összesítve mérő adatokon is.

7.1.4 A KIESETT TERMELÉS MÉRÉSÉNEK TARTALMI KÉRDÉSEI

Azt, hogy valójában mekkora termelés kiesést okoznak a betegségek, magának az érintetteknek az egészségi állapotán és ennek közvetlen termelékenység-csökkentő hatásán kívül több más faktor is befolyásolja. Az egyes kutatások aszerint is nagy mértékben különböznek, hogy ezek közül mit vesznek figyelembe és mit nem.

7.1.4.1 A KIESETT TERMELÉS EGYÉNI ÉRTÉKÉNEK BECSLÉSE

A kiesett termelés értékét jellemzően azon személyek teljes bérköltségével közelítik a kutatók, akiknél a presenteeism jelentkezik. Lehetséges más megközelítés is: hozhatók fel érvek amellett, hogy az iparági vagy vállalati kibocsátást, vagy akár a teljes GDP-t vegye alapul a becslés. Ennél gyakorlatibb kérdés, hogy milyen szintű adatok állnak rendelkezésre a bruttó bér kalkulációjához. Amennyiben a becslés kiindulópontja mikroadatbázis, ismertek (vagy legalábbis közelíthetőek) az egyéni bérek. Aggregált adatok esetén ugyanakkor nem feltétlenül van lehetőség a bérek eloszlását a kiesett termelés (legyen annak presenteeism, betegszabadság, rokkantság vagy korai halálozás a forrása) eloszlásához igazítani. Ebben az esetben ha például a becslés alapja a nemzetgazdaságra jellemző bruttó bér, a becslés várhatóan felfelé fog torzítani, mert az alacsonyabb jövedelműeknek jellemzően rosszabb az egészségi állapota, ezért feltételezhető, hogy körükben gyakoribb lesz a valamilyen ok miatti termelés kiesés, amit így a ténylegesnél magasabb bér szerint fogunk „beárazni”. Ugyanakkor, mint arra hamarosan kitérek, a „betegén végzett munka” döntési alternatívája a munkavállaló szempontjából nem az „egészségesen végzett munka”, hanem a „betegén otthon maradás”, de ennek a döntésnek a befolyásoló tényezőiről, pontosabban azok hatásáról alig rendelkezünk ismeretekkel. Ebből következőleg nem lehetünk biztosak benne, hogy valóban az alacsonyabb jövedelműek esetében lesz gyakoribb a presenteeism jelensége, hiszen lehet, hogy ők könnyebben maradnak otthon (például mert munkájuk helyettesíthetőbb, mint egy magasabb jövedelmű, felelősebb beosztású embernek); de az is lehet, hogy nagyobb mértékben érzik fenyegetve a pozíciójukat a hiányzás által, ezért inkább bemennek a munkahelyükre betegén is.

További kiegészítés elsősorban a tartósan nem dolgozók kiesett termelésének értékbecslésével kapcsolatban, hogy mit tételezünk fel a foglalkoztatási arányukkal kapcsolatban. Az idő előtt elhunytak esetében megalapozott a nemzetgazdaságra jellemző foglalkoztatási arányból kiindulni, vagy – amennyiben rendelkezünk ismeretekkel az ő szocioökonómiai jellemzőikre, és a különböző szocioökonómiai jellemzőkkel bíró társadalmi csoportok foglalkoztatására vonatkozólag adatokkal – rétegzett foglalkoztatási adatokat használni. A nemzetgazdasági átlagjövedelem használatakor szem előtt kell tartani ugyanakkor az egészségi állapot, következésképp a halálozás valószínű társadalmi, egyben jövedelmi lejtőjét, vagyis hogy az idő előtt elhunytak várhatóan átlagosan alacsonyabb keresetűek, mint a teljes népesség. Az egészségi okból tartósan munkaképtelenné váltak (rokkantak) esetében ugyanakkor hozhatók fel érvek a teljes foglalkoztatás, és a nemzetgazdaságnak megfelelő foglalkoztatás, vagy a kettő közötti átmenet alapul vételére is. Rokkantsági nyugdíjra az válhat jogosulttá, aki rendelkezik

kellő szolgálati idővel, vagyis eredendően foglalkoztatott. A státusza ugyanakkor változhat az időben, vagyis akkor is válhatott volna munkanélkülivé vagy inaktívvá, ha nem kerül rokkantnyugdíjba.

7.1.4.2 A KIESETT TERMELÉS TOVATERJEDŐ HATÁSAI

A presenteeism hatása jellegzetesen túlterjed a betegen dolgozó munkavállaló kiesett termelésén ha a presenteeism-ben érintett munkavállaló valamilyen akut fertőző betegséggel megy be a munkahelyére, és másokat is megbetegít (Widera, et al., 2010)

A legtöbb elemzés csak az egyes munkavállaló kiesett termelésének értékét veszi figyelembe, holott erős érvek szólnak amellett, hogy sok munkakörben az egyes emberek munkája jelentősen befolyásolja másokét (Pauly, et al., 2008). A munkavállalók dolgozhatnak teamekben, egyvalaki munkája az előfeltétele lehet valaki más munkájának, a vállalatoknak határidőket kell teljesíteniük, és ha ezt egyvalaki kiesett termelése miatt elmulasztják, a termelés kiesés értékét akár messze meghaladó költségekkel kell szembenéznük. Ezen towaterjedő hatások mértéke nagyban függ a vállalat tevékenységének jellegétől és a munkavállaló munkakörétől, beosztásától. Az Egyesült Államokra vonatkozó vizsgálatok szerint a különböző munkakörökben dolgozó emberek esetében közel kétszeres eltérés lehet a towaterjedő hatások nagyságában: egyes munkáknak gyakorlatilag nincs hatása másokra, más munkák esetében viszont kétszeres termelés kiesés jelentkezik (Nicholson, et al., 2005; Pauly, et al., 2008). Ezekben a vizsgálatokban a multiplikátor átlagos nagyságát 1,28-nak mérték (Pauly, et al., 2008). A multiplikátor értéke nemzetgazdaságonként is különbözhet, és nehezen megbecsülhetők az eltérések. A kiesett termelés towaterjedő hatásainak kérdése a makroökonómiai összefüggésrendszeren keresztül is megközelíthető: az egyszerű multiplikátor hatás révén például minden egység elmaradó termelés további, az eredeti veszteséget jellemzően többszörösen meghaladó termelés kiesést generál (Econtech Pty Ltd., 2007).

7.1.4.3 A HELYETTESÍTÉS GYORSASÁGA ÉS KÖLTSÉGE

A költségbecslések ritkán veszik figyelembe, hogy a betegség miatt véglegesen, vagy akár átmenetileg, de hosszabb időre megürült állások ritkán maradnak örökké betöltetlenül, vagyis a betegség okozta termelés kiesés időlegesnek tekinthető – vállalati szinten mindenképpen, nemzetgazdasági szinten pedig attól függően, hogy a korábban nem foglalkoztatottak közül mobilizál-e valakit a megürülő álláshely. Ez a 6. fejezetben már említett súrlódási vagy frikciós megközelítés által bevezetett szempont (lásd például (Boncz, 2005; Kaderják, et al., 2005)). Elsősorban a foglalkoztatásból való végleges, korai halálozás vagy rokkantság miatti kieséssel kapcsolatban, de a betegszabadság esetében is releváns kérdés, hogy a betegség miatt elveszített munkavállalót milyen átfutási idővel képes pótolni a vállalat, és milyen költségei vannak ennek. Azt feltételezhetnénk, hogy a magas munkanélküliségi rátával jellemezhető országokban gyorsan pótolható a kieső munkaerő, de egyáltalán nem biztos, hogy a munkakínálat és a kereslet struktúrája megegyezik egymással. Minél specializáltabb munkát végzett valaki, várhatóan annál költségesebb a pótlása: annál nehezebb megfelelően képzett másik munkavállalót találni helyette, illetve annál többbe kerül a „helyettes” képzése, betanítása.

7.1.4.4 AZ INFORMÁLIS ÁPOLÓK KIESETT TERMELÉSE

A kiesett termelés becslésekor általában az egészségkárosodással közvetlenül érintett munkavállalókat veszik csak figyelembe a kutatások. Minden társadalomban jellemző ugyanakkor, hogy a munkavállalói korú népesség egy része azért van távol – átmenetileg vagy tartósan – a munkaerőpiactól, mert beteg családtagjairól gondoskodik. Valójában, bár nem saját egészségi állapotuk romlása miatt, de ezek az emberek sem dolgoznak és termelnek saját, eredeti szakmaikban, ezért az ő kiesett termelésük is figyelembe vehető a közvetett költségek között (DeVol & Bedroussian, 2007). Ezzel a megközelítéssel szemben felhozható érv, hogy az informális ápolók által végzett munka szükséges és hasznos: ha nem ők, akkor valaki más végezte volna azt el. Vagyis hozzátartozójuk betegsége következtében nem veszik el a munkaerejüket, csak az eredeti szakmájuktól eltérő területen hasznosul. Ami egyúttal azt is jelenti, hogy feltehetően lehetséges volna a rendelkezésre álló erőforrásoknak hatékonyabb allokációja, de az emiatt keletkezett veszteség becslése lényegesen kifinomultabb adatokat és eljárásokat igényelne, mint az informális ápolást nyújtók egyszerű számbavétele, amire jellemzően lehetőség van.

7.1.4.5 A PRESENTEEISM ALAKULÁSÁT BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK

A presenteeism egyéni gyakoriságának esetében az egészségi állapot csak az egyik meghatározó faktor: nagy jelentősége van egyéb tényezőknek is. A betegszabadság versus betegen való munkavégzés közötti döntés végső soron a két lehetőség objektív és szubjektív költségeinek összevetése révén születik meg. A 7.1.1 fejezetben részletesen bemutattam a munkahelyi hiányzások alakulását befolyásoló tényezőkre vonatkozó szakirodalmi tapasztalatokat, ugyanakkor presenteeism mint kutatási terület egyelőre nem rendelkezik kidolgozott elméleti kerettel erre az alapvető kérdésre vonatkozólag, vagyis nem ismert pontosan, milyen szempontok alapján dönt egy adott egészségi állapotú munkavállaló amellett, hogy otthon marad, vagy hogy bemegy dolgozni (Johns, 2012), és hogy milyen egyéni és társadalmi faktorok befolyásolják ezt a döntést. Az egészségi állapot mellett strukturális és kulturális faktorok egyaránt szerepet játszhatnak a döntés alakulásában.

A közgazdasági intuíció és a 7.1.1 fejezetben bemutatottak alapján az alábbi szempontok játszhatnak szerepet a presenteeism-vagy-otthonmaradás döntésének meghozatalában:

- Egészségi állapot: ceteris paribus az egészségi állapot romlása várhatóan növeli az otthonmaradás esélyét. Ugyancsak ebbe az irányba hat, ha a munkavállalónak családtagját kell ápolnia.
- Jövedelempótló ellátások elérhetősége és bőkezűsége: ha a munkavállaló a betegszabadság idején is hozzájut jövedelemhez, az ceteris paribus várhatóan növeli az otthonmaradás esélyét. A viszonylag hosszú ideig viszonylag bőkezű betegszabadságot/táppénzt nyújtó jóléti rendszerekben tehát várhatóan alacsonyabb lesz a presenteeism, viszont magasabb a betegség miatti hiányzások aránya.
- A munka elvesztésétől való félelem: az 1990-es évek végén Magyarországon a foglalkoztatottak 30%-a azért nem fordult orvoshoz ha panasza volt az egészségére, mert tartott az állása elvesztésétől (Lehmann & Polonyi, 1998). Ez a tényező valójában önmagában is több faktortól függ:
 - o Egyrészt attól, hogy mennyire reális „retorziója” a betegség miatti távollétnek a munka elvesztése – vagyis mennyire teszi ezt lehetővé elméletben a munkaügyi intézményrendszer (mennyire erős a munkavállalók védelme), mennyire valósulnak meg ezek a szabályok, és

mekkora a munkáltatók gazdasági ösztönzése arra, hogy a „problémás” munkavállalóiktól „megszabaduljanak”. Utóbbi tényezőt elsősorban a munkaerőpiac állapota befolyásolja: a munkanélküliség „természetes” rátáját magasan meghaladó munkanélküliség esetén várhatóan könnyebben talál a munkáltató új munkaerőt, mint amikor szűk a szabad munkaerőkínálat.

- Másrészt attól, mennyire könnyű új munkát találni a munkaerőpiacon: a fentiekkel szemben az alacsony munkanélküliséggel jellemezhető piacon könnyebb újból elhelyezkedni, vagyis minél valószínűbb a fenti pont alapján, hogy a munkáltató felmond a betegeskedő munkavállalónak, annál nagyobb problémát jelent ez annak.
- Harmadrészt ebben a kérdésben jelentős különbségek lehetnek az egyes munkavállalók között társadalmi státusuktól, képzettségüktől, betöltött munkakörüktől, vagyoni helyzetüktől, társadalmi tőkéjük kiterjedtségétől függően. Egy magasan képzett, specializált munkát végző alkalmazottnak ugyanazon körülmények között is kevésbé kell tartania munkája elvesztésétől, hiszen az ő pótlása nehézséget és költséget jelent a munkáltatónak, szemben egy képzetlen, tudást nem igénylő munkát végző foglalkoztatottéval. Ugyanakkor a magasabb státuszúak számára kisebb problémát jelent még a munka elvesztése is, mert bőségesebb erőforrásokkal (vagyonnal, egyéb jövedelemmel, kulturális és kapcsolati tőkével) rendelkezik.
- Kulturális hatások: ezen tényező feltehetően nagy befolyással rendelkezik a menjek-vagy-maradjak döntés meghozatalában, de ez a legnehezebben feltérképezhető.

7.2 ADATOK ÉS MÓDSZEREK

Az alábbiakban a 2013-as évre vonatkozóan a betegségek Magyarországon okozott költségeiről adott becslésem módszertani részleteit mutatom be.

7.2.1 KÖZVETLEN KÖLTSÉGEK

A közvetlen költségeket az Országos Egészségbiztosítási Alap (OEA) 2013. évi költségvetésének pénzforgalmi teljesítéséről szóló beszámoló alapján adom meg⁷⁰, nem szerepeltetve a gyermekvállalással kapcsolatos költségeket (pl. váradósgondozás, TGYÁS, GYED). Így kifejezetten a gyógyító ellátások költségeit és az azokkal közvetlenül összefüggő költségeket ragadom meg. A közölt összeg, lévén ezek nem az OEA és az azzal gazdálkodó Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) tevékenységi körébe tartoznak, nem tartalmazza a népegészségügyi feladatok, az alapellátáson kívüli primer egészségpromóció és prevenció, a különféle egészségügyi háttérintézmények, a kutatás, oktatás, és az OEP-en kívüli igazgatás kiadásait. Ebből kifolyólag feltehetően alulbecsli a közvetlenül a betegségek gyógyításával összefüggő kiadásokat. A sorolt tételek kihagyásának oka kettős: egyrészt koncepcionálisan nem volna helyes ezek többségének mint a betegségek költségeinek szerepeltetése; másrészt sok esetben technikailag sem

⁷⁰ http://www.oep.hu/akadalymentes//data/cms990842/E_Alap_2013_december.pdf

megoldható a nagyobb költségviselő helyek kiadásain belül elkülöníteni a rájuk fordítottakat.

Az állami kiadások mellett a közvetlen költségek jelentős csoportja a magánkiadásoké. A magánkiadások folyó áron vett nagyságrendjére az OECD adatbázisából nyertem az adatokat⁷¹.

A magánkiadások között kell figyelembe venni a munkáltatók betegszabadságra fordított forrásait. A KSH adatai alapján 2013-ban a táppénzes esetek száma összesen 825 000 volt⁷². Feltételezhető, hogy valamennyi táppénzes esetet megelőzött a betegszabadság 15 munkanapja, de mivel egyéb, a betegszabadságra vonatkozó információval nem rendelkezem, több betegszabadsággal nem számolok. Ezzel a betegszabadságon töltött napok számát nyilvánvalóan alulbecslem, hiszen egy akut betegség esetén a betegszabadság ideje tipikusan nem kell, hogy elérje a 15 munkanapot, vagyis a három hetet. A betegszabadság idejére a munkáltató díjat fizet, ami a távolléti díj 70%-a. A távolléti díj nagyságrendileg megegyezik a bruttó munkabérrel, így itt ezzel számolok.

7.2.2 KÖZVETETT KÖLTSÉGEK

A közvetett kiadások becsléséhez több különböző forrásból nyertem adatokat. A hiányzások (halálozás, rokkantság, betegszabadság, táppénz) miatt kieső termelés becslésekor különböző feltételezésekkel és módszerekkel éltem, a presenteeism jelenségének nagyságrendjét és az általa okozott veszteséget egy kérdőíves adatfelvétel alapján becsültem. Az alábbiakban először a hiányzások, majd a presenteeism becslésének adatait és módszereit mutatom be.

7.2.2.1 KORAI HALÁLOZÁS

A 2011-es népszámlálás adatai szerint a 15 és 59 év közötti népesség létszáma ebben az évben 3 064 238 fő volt⁷³. Az ugyanerre a korcsoportra vonatkozó standardizált halálozási arányszámok alapján 2013-ban összesen 14196 volt az idő előtti halálozások száma a 15 év feletti korcsoportban⁷⁴. Az adatok elérhetősége miatt a vizsgált korosztály felső határát 59 évben kellett meghúznom, ami az aktív korúak halálozásának egy tetemes részét a kutatás látókörén kívülre számúzta, ugyanakkor mivel ebben a korosztályban a foglalkoztatás relatíve alacsony, a kiesett termelés becslését illetően a lefelé való torzítás csak kisebb mértékű. A 2013-as, átlagos, 58%-os foglalkoztatási ráta⁷⁵ szerint az idő előtt elhunytak közül 8234 fő lett volna foglalkoztatott. Ez várhatóan felülbecsli az érintett populáció tényleges foglalkoztatási rátáját, alapul véve a rosszabb egészségi állapot, alacsonyabb társadalmi státusz, alacsonyabb foglalkoztatás kölcsönös összefüggéseit. A súrlódási időszakot 3 hónapban, a betanítás költségeit egy havi bruttó bérben rögzítettem. A kiesett munkaidő értékét a havi teljes bérköltséggel, vagyis a bruttó átlagkereset munkaadói terhekkal növelt összegével becsültem, ami 2013-ban 296 467 Ft volt (a havi bruttó átlagkereset 230 714 Ft⁷⁶, a munkáltatói terhek: a szociális

⁷¹ OECD.Stat, Health expenditure and financing Dataset

⁷² <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/tappenz13.pdf>

⁷³ https://www.ksh.hu/nepszamlalas/docs/tablak/demografia/04_01_01_04.xls

⁷⁴ Halálozási arányszámok forrása: <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/halalokistruk.pdf>

⁷⁵ Eurostat, Employment (main characteristics and rates) - annual averages [lfsi_emp_a]

⁷⁶ https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qli049b.html

hozzájárulási adó 27%⁷⁷, a szakképzési hozzájárulás 1,5 százalék.) Ez, akárcsak az átlagos foglalkoztatás feltételezése, valószínűleg szintén felső becslés. Elemzésemben itt és a többi csoportnál is a (Pauly, et al., 2008) mért 0,28 értékű, átlagos multiplikátorral becsülöm a tovatérjedő hatások mértékét.

7.2.2.2 ROKKANTNYUGDÍJASOK

A tartósan munkaképtelenné vált aktív korúak kiesett termelésével kapcsolatban felmerülő legfontosabb módszertani kérdés, hogy a teljes állományi létszám, vagy csak az adott évi új esetek kiesett termelését vegyük-e figyelembe. Mindkét megoldás mellett szólnak érvek. A frikciós megközelítés szerint egyértelműen csak a friss rokkantnyugdíjasok termelékiesését, azt is csak a súrlódási idő tartamára kéne beszámítani. Ugyanakkor nem elhanyagolható, hogy ez a több százezer fős, aktív korú népesség elméletben kizárólag egészségi okok miatt nincs jelen a munkaerőpiacon – jóllehet, mint azt a korábbi fejezetekben bemutattam, a rokkantnyugdíjas státusz kifejezetten a munkanélküliség előli egyik menekülőútként funkcionált a rendszerváltást követően hosszú időn keresztül. További, Magyarország esetében nem elhanyagolható módszertani szempont, hogy a korhatár alatti rokkantsági nyugdíjasok létszáma – elsősorban a szabályozás változásai miatt – 2005 óta folyamatosan csökken, vagyis összesített értelemben az „új rokkantnyugdíjasok” létszáma évről évre negatív, kieső termelésüket pedig végső soron pozitívként kéne számba vennünk. A lehetséges megközelítések közötti ellentmondásokat feloldandó számításomban csak az adott évben rokkantnyugdíjassá váltakat kívántam figyelembe venni. Ezt jelentősen megnehezítette, hogy az utolsó év, amiről erre a létszámról vonatkozóan adatokkal rendelkezem, 2009: ekkor 35 578 volt az új rokkantnyugdíjasok száma⁷⁸. Jobb híján, és feltételezve, hogy az egészségi állapot relatíve alacsony variabilitása miatt az egymáshoz viszonylag közeli évek új rokkantnyugdíjasainak létszáma szorosan korrelál egymással, ezt a létszámot vettem alapul a 2013-as év közvetett költségeinek becslésekor is.

Egyebekben, eltekintve a foglalkoztatottságra vonatkozó feltételezéstől, ugyanúgy jártam el, mint a korai halálozás becslésekor: három hónapos súrlódási periódust feltételeztem, egyhavi bruttó munkabérnek megfelelő betanítási költséget, és a havi kiesett termelést szintén a havi teljes, átlagos bérköltséggel becsültem, ami ebben az esetben is felső becslés. Ami a foglalkoztatottságot illeti, abból indultam ki, hogy az új rokkantnyugdíjasok kivétel nélkül foglalkoztatottak lettek volna ebben a három hónapban.

7.2.2.3 BETEGSZABADSÁG ÉS TÁPPÉNZ

A KSH adatai alapján 2013-ban a táppénzes napok száma összesen 19,7819 millió volt⁷⁹, a fent bemutatottak alapján a betegszabadságon töltött napok száma pedig 12,375 millió. A betegszabadságon illetve táppénzen levők 100%-ban foglalkoztatottak. A kiesett termelés értékének becslésére esetükben a havi teljes, átlagos bérköltséget alkalmazom egyrészt átlagos béreket, másrészt minimálbért feltételezve is.

⁷⁷ https://www.nav.gov.hu/data/cms215450/Tajekoztato_a_Szochorol_2011dec_30.pdf

⁷⁸ https://www.onyf.hu/m/pdf/a_2009-es_j_rokkantsagi_nyugdijasok_s_rehabilitcis_jradkosok_sszzettelnek_vizsglata.pdf

⁷⁹ http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_evkozi/e_fsp002.html

7.2.2.4 PRESENTEEISM

A nem tökéletes egészségben végzett munka okozta termelékiesés mértékét a TÁRKI 2013. decemberi Omnibusz-adatfelvételének adatai alapján becsülöm. A kérdőív-blokkban négy kérdést tettem fel a Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire⁸⁰ metódusát követő módon. A presenteeism-re vonatkozó kérdések az alábbiak voltak:

- Az elmúlt 7 napban hányszor fordult elő önnek, hogy valamely betegsége, egészségi panasza gondot okozott önnek, de nem maradt otthon emiatt, hanem elment dolgozni?
- Ezeken a napokon átlagosan Önt mennyire akadályozták a munkavégzésben betegségei, panaszai együttesen? (0 és 10 között)
- Ezeken a napokon a „VÁLASZLAP”-on lévőek közül melyek voltak a fő panaszai? (Tartós fáradtság; általános erőtlenység, levertség; alvászavar; derékfájás, hátfájás; fejfájás; gyomortáji fájdalom; izomfájdalom; nehézlégzés, légszomj; nyakfájás; szédülés; tartós szorongás, idegesség; térdfájás, lábfájás; egyéb.)

Az időtávot 7 napban határoztam meg (Lerner, et al., 2001) nyomán, akik a beláthatóság és a megbízhatóság érdekében a minél rövidebb időtávot javasolják ebben a tekintetben.

A kérdőívet 1007 fős, országosan reprezentatív mintán vették fel 2013. decemberében. Számításaim során a TÁRKI által a 2011-es népszámlálás adataira alapozva kiszámolt, a mintát kor, nem, iskolai végzettség és településtípus szerinti súlyt alkalmaztam, a továbbiakban a súlyozott mintára vonatkozó információkat közlök. A súlyozott minta megoszlása a munkaerőpiaci státusz szerint a következő:

12. táblázat: A 2013. decemberi Tárki Omnibusz minta munkaerőpiaci státusz szerinti megoszlása

	N	%
Alkalmazott	463	43,36
Önálló, vállalkozó, saját vállalkozásában dolgozik	61	5,76
Alkalmi munkákból, megbízásokból él	7	0,70
Munkanélküli	82	7,68
Nyugdíjas	348	32,61
Szülési szabadságon, gyeden, gyesen, gyeten van	35	3,27
Háztartásbeli, családját látja el, főállású anya	9	0,81
Tanuló	55	5,14
Egyéb	7	0,67
Nem tudja	0	0,00
Összesen	1067	100,00

A betegség miatti hiányzás és a presenteeism előfordulására vonatkozó kérdéseket csak a gazdaságilag aktív, nem munkanélküli al minta (a továbbiakban a standard terminológiától eltérően őket nevezem aktívnak) tagjainak, összesen 531 főnek tették fel. Közülük összesen 38-an, a teljes minta 7,2 százaléka válaszolt pozitívan. Egyértelmű, hogy ilyen alacsony elemszámmal kifinomult, a presenteeism jelenségének társadalmi-gazdasági összefüggéseire vonatkozó elemzést nem lehetséges készíteni, de a presenteeism okozta közvetett költségek becslésével kapcsolatban is felmerül az alacsony

⁸⁰ http://www.reillyassociates.net/WPAI_General.html

megbízhatóság problémája. Erre a későbbiekben visszatérek. A 38 pozitív választ adó közül egyet törölni kellett a mintából, mert mind a betegség miatti hiányzás, mind a presenteeism előfordulásában a lehető legnagyobb gyakoriság (14 illetve 7 nap) szerepelt nála válaszként, ami értelmezhetetlenné tette az adatait (nem lehetett egyszerre betegállományban és jelen a munkahelyén).

A presenteeism-et tapasztalók és nem tapasztalók populációja több releváns változó mentén jelentősen különböznek egymástól. Az alábbiakban néhány kulcsváltozó alakulását mutatom be a két csoportban, ismét hangsúlyoznom kell azonban az eredmények alacsony megbízhatóságát a presenteeism-et jelzők alacsony száma miatt.

A presenteeism jelenségét tapasztalóknak átlagosan alacsonyabb az iskolázottsága (13. táblázat) a jövedelme (

14. táblázat) és rosszabb az egészségi állapota (

14. táblázat), mint a presenteeism-et nem tapasztalók csoportjának. Lakóhelyüket illetően a vidékiek inkább laknak falvakban, mint vidéki városokban (15. táblázat). Életkorukat illetve a háztartásnagyságukat tekintve ugyanakkor nem különbözik egymástól jelentősen a két csoport (

14. táblázat).

13. táblázat: Iskolázottság a presenteeism-et tapasztalók és nem tapasztalók körében

			Tapasztalt-e presenteeism-et	
			nem	igen
Legmagasabb iskolai végzettség	Legfeljebb alapfokú	N	43	12
		%	8,9%	32,3%
	Érettségit nem adó középfokú	N	166	8
		%	33,9%	20,9%
	Érettségit adó középfokú	N	195	15
		%	39,8%	39,2%
	Felsőfokú	N	85	3
		%	17,4%	7,7%
Összesen		N	489	38
		%	100%	100%

14. táblázat: Az egy háztartásban együtt élők száma, a nettó havi jövedelem, az életkor és az egészségi állapot a presenteeism-et tapasztalók és nem tapasztalók körében

Tapasztalt-e presenteeism-et		Egy háztartásban együtt élők száma (fő)	Nettó havi jövedelem (Ft)*	Életkor (év)	Egészségi állapot**
nem	Átlag	2,68	131633	44,1002	4,01
	N	489	489	489	488
	Std. Dev.	1,255	56376	11,63471	,727
igen	Átlag	2,61	107284	42,4172	3,69
	N	38	38	38	38
	Std. Dev.	1,329	37658	12,32686	,775
Összesen	Átlag	2,68	129872	43,9785	3,99
	N	528	528	528	527
	Std. Dev.	1,259	55569	11,68202	,734

*Akik maguk nem tettek becslést a havi nettó jövedelmükre, azokét a választott jövedelemkategória kategóriaközepével (a legalsó kategória felső, a legfelső kategória alsó) határával becsültem; akik jövedelemkategóriába sem sorolták magukat, azoknak az átlagos országos havi nettó jövedelemmel becsültem a jövedelmét.

**Az egészségi állapotot 5 fokozatú skálán értékelték a megkérdezettek, ahol az 1 jelentette a legrosszabb, az 5 a legjobb egészségi állapotot.

15. táblázat: A presenteeism-et tapasztalók és nem tapasztalók településtípus szerinti megoszlása

		Tapasztalt-e presenteeism-et	
		nem	igen
Település típusa	N	100	4
	%	20,4%	9,9%
	N	157	7
	%	32,0%	18,3%
	N	130	19
	%	26,5%	49,9%
	N	103	8
	%	21,1%	21,8%
	N	489	38
	%	100%	100%

Mivel a célom a presenteeism által egy évben a teljes gazdaságban okozott termelés kiesés becslése volt, elsőként meg kellett becsülnöm a presenteeism gyakoriságát. A válaszok a kérdést megelőző hét naptári napra vonatkoztak, amit öt munkanappal tekintettem egyenrangúnak – vagyis ha a válasz 1 volt, akkor a munkanapok 20, ha 2, a munkanapok 40 százalékában volt jellemző a válaszdóra a presenteeism, és így tovább. Két, presenteeism-et jelző válaszdónál szerepel, hogy a megelőző hét nap mindegyikén tapasztalta a presenteeism-et – ezt a választ nem tekintettem különbözőnek az 5-ös értéktől, vagyis úgy értelmeztem, hogy minden munkanap tapasztal a válaszdó munkáját zavaró egészségügyi problémát. 2013-ban a munkanapok száma 251 volt, amiből le kell vonni az éves törvényes szabadság mennyiségét. Ez az életkortól és a gyermekek számától és korától függ. Utóbbi faktort az erre vonatkozó információk híján nem tudtam figyelembe venni, előbbi az életkor alapján kalkuláltam. Hogy összesen mekkora munkateljesítmény-vesztést okoz a presenteeism, az a gyakoriságán kívül az intenzitásától függ. Erre a munkavégzés akadályozottságára vonatkozó válaszok alapján

adtam becslést: úgy tekintettem, hogy az 1-es választ adók munkateljesítménye 10, a 2-es választ adóké 20 százaléknival volt alacsonyabb az érintett napokon, a 0 választ adóké nem érintette a presenteeism. A teljes teljesítmény-csökkenést tehát a következő szorzat adja meg:

$$\text{munkanapok száma} \times \text{presenteeism gyakorisága} \times \text{presenteeism intenzitása}.$$

A presenteeism okozta kiesett termelés pénzbeli értékének becsléséhez az adatbázis jövedelmi adatait használtam, jóllehet, ez az eljárás módszertanilag több szempontból is problémákat vet fel. Egyrészt, a kérdőívben csak a (személyes és a háztartási) havi nettó összes jövedelemre vonatkozó kérdés szerepelt, nem különböztették meg ezt aszerint, hogy milyen forrásból származott. Ez az adat tehát nem csak a munkából, hanem a bárhonnan máshonnan származó jövedelmeket is tartalmazza, vagyis használatával a kiesett termelés értékét felülbecsüljük. Másrészt, a kérdőív nettó jövedelemre kérdezett rá, amit például az adózási „főszabályok” alapján ugyan lehetséges „bruttósítani”, de ez mindenképpen torzítást fog tartalmazni. A bruttó és a nettó jövedelem különbsége igen érzékeny lehet ugyanis olyan tényezőkre, amelyek az adatbázisból nem derülnek ki, például a háztartás összetételére, stb. Harmadrészt, abból a 37 emberből, akik tapasztalták a presenteeism jelenségét a kérdezést megelőző egy hétben, csak 21 fő adott pontos becslést a jövedelmére, 10 válaszadó előre megadott jövedelemkategóriába sorolta magát, hatan egyáltalán nem nyilatkoztak a jövedelmükről. A magukat jövedelemkategóriába sorolók esetében a kategóriaközéppel, illetve a legalsó kategória felső, a legfelső kategóriának pedig az alsó határával becsültem a jövedelmet. Azok esetében, akik nem adtak információt a jövedelmükre vonatkozólag, a teljes gazdaságra jellemző 2013-as havi nettó átlagbérrel becsültem a jövedelmet. Az így kapott nettó jövedelmet a 2013-as adó- és járulékkulcsok alapján „bruttósítottam”. A havi bérből először éves, abból pedig a munkanapok egyéni száma alapján napi bért számoltam.

A presenteeism-et jelzők alacsony száma, és hogy emiatt az okozott veszteség eloszlása a mintán nem normális, kérdésessé teszi a becslés megbízhatóságát. Ennek kiküszöbölésére különféle módszereket alkalmaztam. Egyrészt a Bootstrap-módszert követve, vagyis visszatevéses mintavétellel az eredeti, 502 fős mintából újabb 500 fős mintákat vettem, összesen 1600-at, melyek mindegyikére kiszámoltam a mintaátlagot, és ezt az 1600 elemű „átlag-mintát” használtam valószínűségi változóként: vagyis ennek átlagát tekintettem a teljes populációra vonatkozó várható értéknek. Azért éppen 1600 Bootstrap-mintát képeztem, mert ennél a mintaszámnál a minták mintaátlagaiból számolt várható érték már relatíve stabilnak mutatkozott különböző mintaeloszlások esetén is. Ennek a valószínűségi változónak közel normális az eloszlása (csúcsosságának és ferdeségének is 1 alatti az abszolút értéke), ezért a normális eloszlásoknál használatos módon becsültem az okozott veszteség konfidencia-intervallumát⁸¹. Másrészt, alternatív megoldásként, egyrésztől meghatároztam konfidencia-intervallumot azoknak a számára vonatkozólag, akik jelezték, hogy tapasztaltak presenteeism-et (normális eloszlással közelítve az „igen”-ek és „nem”-ek binomiális eloszlását). Másrésztől ismét a Bootstrap módszert alkalmazva a presenteeism-et jelzőktől származó információk alapján kalkulált éves veszteség 34 elemű adatsorából újabb 34 elemű, visszatevéses mintákat vettem, összesen itt is 1600 darabot, majd a fent már ismertetett módszerrel, ezeknek a

⁸¹ Megjegyzendő, hogy – lévén hogy elemszám tekintetében az eredeti minta is elég nagy – a Bootstrap-eljárással nyert konfidencia-intervallum gyakorlatilag megegyezik az eredeti mintára egyszerűen normális eloszlást feltételezve kiszámított konfidencia-intervallummal.

mintáknak a mintaátlagait valószínűségi változóként használva megbecsültem, hogy várhatóan mekkora veszteség jelentkezik egy embernél, ha tudjuk, hogy jelezte, hogy tapasztalt presenteeism-et. Erre a várható értékre vonatkozólag is megbecsültem a konfidencia-intervallumokat, a normális eloszlásnál használatos módszerrel. A tényleges veszteség várható értékét a kettő szorzatából határoztam meg. Ebben az esetben a két eloszlás konfidencia-intervallumának alsó és felső határából képzett intervallum tekinthető maga is konfidencia-intervallumnak, de mivel a két változó független egymástól, a megbízhatósági szint itt magasabb lesz. Az eredményeknél mindkét fenti eljárás eredményét bemutatom röviden.

7.3 EREDMÉNYEK

A betegségek közvetlen költségei 2013-ban a 16. táblázatban bemutatottak szerint alakultak. A pénzbeli ellátások, amelyben a táppénzesek és a rokkantnyugdíjasok közvetlen költsége is benne foglaltatik, 421, a természetbeni ellátások pedig 1251 milliárd forintot tettek ki. A pénzbeli ellátások közül a rokkantsági ellátások összességében több, mint a pénzbeli ellátások 80%-át jelentették. A természetbeni ellátások közül a fekvőbeteg-szakellátás, a gyógyszerterápiák, és a járóbeteg-szakellátás járt a legnagyobb költséggel, de a „bronzérmes” járóbeteg-szakellátás költsége csak mintegy harmada a kórházi ellátás költségének:

16. táblázat: Közvetlen közkiadások összesen, 2013, Milliárd forint

	Md Ft
Közvetlen közkiadások összesen	1695,03
Pénzbeli ellátások összesen (nem születéssel kapcsolatos)	420,9144
Táppénz	59,81
Betegséggel kapcsolatos segélyek	1,96
Kártérítési járadék	0,89
Baleseti járadék	8,52
Rokkantsági, rehabilitációs ellátások	349,74
Természetbeni ellátások összesen (nem születéssel kapcsolatos)	1250,88
Gyógyító-megelőző ellátások	
Felmerülési helyre el nem számolt kiadások	3,43
Háziorvosi, háziiorvosi ügyeleti ellátás	91,05
Fogászati ellátás	24,45
Betegszállítás és orvosi rendelvényű halottszállítás	6,3
Művesekezelés	23,17
Otthoni szakápolás	4,28
Célelőirányzatok	93,33
Mentés	26,00
Laboratóriumi ellátás	21,01
Összevont szakellátás	
Járóbeteg szakellátás	118,83
Aktív fekvőbeteg szakellátás	344,25
Krónikus fekvőbeteg szakellátás	63,04
Extrafinanszírozás	0,47
Speciális finanszírozású szakellátás	67,71
Gyógyfürdő és egyéb gyógyászati ellátás támogatása	4,11
Gyógyszertámogatás	296,03
Gyógyászati segédeszköz támogatás	51,46
Utazási költségtérítés	4,96
Nemzetközi egyezményből eredő és külföldön történő ellátások kiadása	7,01
Egyéb kiadások	23,23

A közvetlen magánkiadások értékét a 17. táblázat mutatja. A táblázat második, „Közép” című oszlopában azt feltételeztem, hogy a betegszabadságon levők bére az országos átlagbérrel egyezik meg, az „Alsó határ” oszlopban pedig hogy valamennyien minimálbért keresnek. Ennek megfelelően a betegszabadság munkáltatókat terhelő díja változik. A minimálbéres becslés tekinthető alsó korlátnak, felső korlát azonban nem határozható meg egyrészt mert nem ismert a betegszabadságok tényleges gyakorisága, másrészt mert a tényleges bérnek sincs elvi felső határa.

A legnagyobb költségvetelt jelentő out-of-pocket kiadásokban sajnos nem elkülöníthető módon szerepelnek a gyógyszerekre, a magán-egészségügyi ellátásra és a hálapénzre fordított kiadások.

17. táblázat: Közvetlen magánkiadások összesen, 2013, Milliárd forint

	Közép	Alsó határ
Közvetlen magánkiadások összesen (Md Ft)	886,17	831,21
Magánbiztosítás	60,07	
Out-of-pocket	631,15	
Non-profit szervezetek szolgáltatásai háztartásoknak	35,15	
Vállalkozások	64,25	
Betegszabadság díja	95,55	40,59

A betegségek okozta termelésekiesés közvetett költsége 2013-ban a 18. táblázatban jelzett módon alkult:

18. táblázat: A betegségek közvetett költségei, 2013, Milliárd Ft

	Közép	Alsó határ
Kiesett termelés költségei összesen (Md Ft)	859,86	386,49
Közvetlen kiesett termelés	671,77	301,95
Betegszabadságon levők kiesett termelése	190,59	80,96
Táppénzesek kiesett termelése	304,66	129,41
Idő előtt meghaltak kiesett termelése	9,764	0
Új rokkantnyugdíjasok kiesett termelése	42,19	0
Presenteeism kiesett termelése	137,21	91,59
Tovaterjedő hatás miatti többletköltség	191,63	84,54

A „Közép” oszlopban itt is az átlagbéren és átlagos foglalkoztatottságon alapuló adatok olvashatók. Az „Alsó határ” oszlopban a betegszabadságon levők és a táppénzen levők esetében az átlagbér helyett minimálbérrel kalkuláltam, és azt feltételeztem, hogy az idő előtt meghaltak és az új rokkantnyugdíjasok foglalkoztatottsága egységesen nulla lenne az alternatív országos foglalkoztatási arány helyett. A presenteeism okozta veszteség konfidencia-intervallumait az alábbiakban részletezem (ld. 19. táblázat). Felső korlát itt sem állapítható meg, hiszen a bérnek sincs elvi felső korlátja. A legnagyobb veszteséget mindkét verzióban az átmenetileg nem dolgozók kiesett termelése jelenti. Feltűnően alacsony az idő előtti halálozás okozta veszteség, különösen az idő előtti halálozás okozta szubjektív veszteség feltételezhető mértékéhez képest.

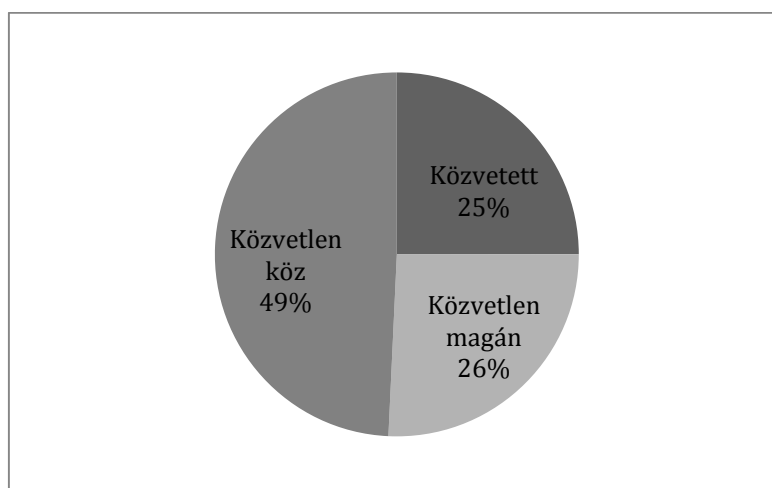
19. táblázat: A presenteeism okozta termelésekiesés becslésének megbízhatósága

	Alsó határ	Várható/ tényleges érték	Felső határ
A: A presenteeism okozta termelésekiesés éves, országos értéke (md Ft), 95%-os CI	56,84	137,57	218,29
B: A presenteeism-ben érintettek aránya, 95%-os CI	4,4%	6,5%	8,7%
C: A presenteeism-ben érintettek fejenkénti éves átlagos termelésekiesése (Ft), 95%-os CI	530 871,31	537 205,55	543 539,79
D: B és C alapján képzett éves, országos termelésekiesés (md Ft), 99%-nál magasabb CI	91,59	137,57	183,2

A presenteeism becslésének részleteit és megbízhatóságát mutató 19. táblázat alapján elmondható, hogy bár az itt részletezett módszertan és adatok alapján becsült veszteségek nagyságrendjére vonatkozó konfidencia-intervallum meglehetősen széles, nincs nagyságrendi különbség a valószínű minimális és maximális értékek között.

A betegségekkel kapcsolatos középértékeken alapuló kiadások relatív megoszlása az alábbi (82. ábra):

82. ábra: A betegségek okozta főbb költségek és veszteségek relatív nagysága, 2013, %



Ha nem abszolút értékben, hanem a 2013-as évi bruttó hazai termék arányában tekintjük az eredményeket, a betegségek költségei összesen a GDP 11,45%-t teszik ki: 5,64% a közvetlen közkiadások, 2,95% a közvetlen közkiadások, és további 2,86% a betegségek közvetett költségei miatti veszteségek aránya (20. táblázat):

20. táblázat: A betegségek költségei a GDP arányában, 2013, %

	A GDP %-ában
Közvetlen közkiadások	5,64
Közvetlen magánkiadások	2,95
Közvetett költségek	2,86
Összesen	11,45

Bár a 20. táblázat valamennyi eleme nagy érdeklődésre tarthatna számot (például a közkiadások alacsony, és a magánkiadások magas aránya a többi európai országhoz viszonyítva), itt csak a közvetett költségekről szólok röviden. A betegség miatt kiesett

termelés 2013-ban majdnem elérte a GDP 3%-át. Ezen belül a táppénz vagy betegszabadság miatt nem dolgozók kiesett termelése 2,1%, a 2013-ban idő előtt meghaltak és az új rokkantnyugdíjasoké 0,2%, és 0,53% a presenteeism okozta termeléskiesés mértéke.

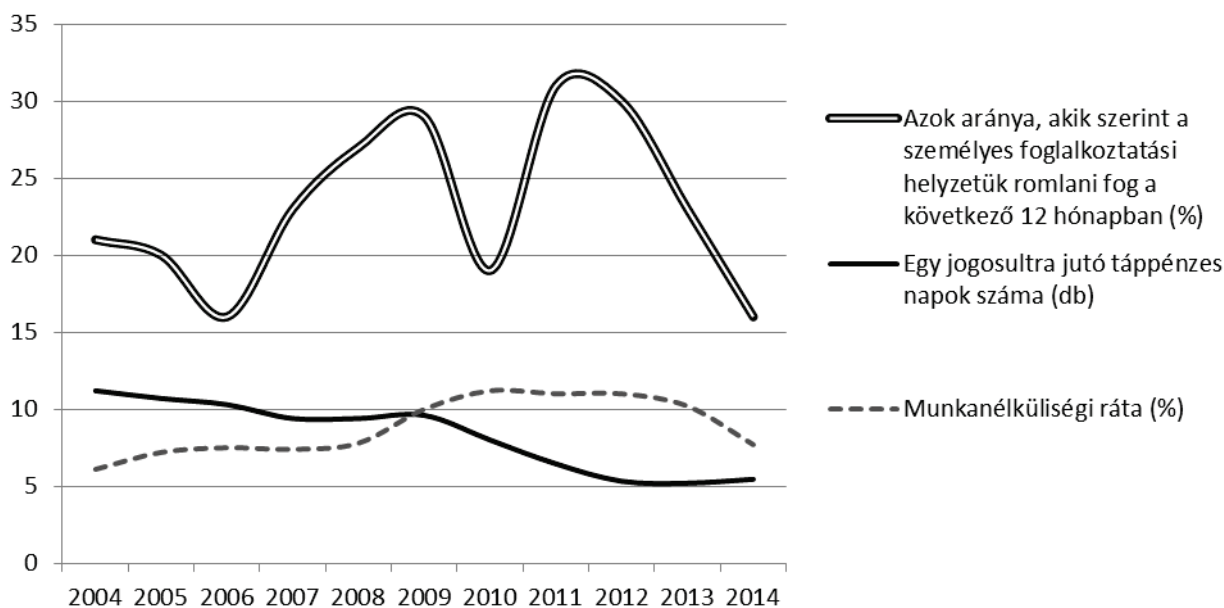
7.4 MEGBESZÉLÉS, ÖSSZEGZÉS

A fenti eredmények illeszkednek a fejezet elején bemutatott nemzetközi kutatási eredményekhez, és megítélésem szerint plauzibilisek a magyarországi egészségi és munkaerőpiaci viszonyok ismeretében. Az idő előtti halálozás okozta veszteség alacsony volta rámutat a betegségek okozta terhet a kiesett termeléssel becsülő megközelítés korlátaira: nyilvánvaló, hogy más, az egészség és az élet szubjektív értékét is figyelembe vevő módszer alapján nagyságrendileg más eredmények születnének. Hangsúlyozni kell tehát, hogy az itt alkalmazott megközelítés nem tesz egyenlőségjelet az emberi élet értéke és a megtermelt gazdasági haszon közé.

Az eredményeket elemezve ki kell emelni, hogy a presenteeism okozta termeléskiesés aránya (a GDP 0,53%-a) alacsonyabb, mint a fejezet elején bemutatott nemzetközi becslések jellemző értékei.

Fontos tartalmi-módszertani kérdés, hogy mi lehet ennek az oka. Az egyik lehetőség, hogy valóban ennyivel kisebb termeléskiesést okoz Magyarországon a nem tökéletes egészségi állapotban végzett munka. Ennek alapvetően két oka lehet: vagy jobb a magyar munkavállalók egészségi állapota (amit a disszertáció során bemutatott okokból nem tekintek reálisnak), vagy sokkal kevésbé jellemző a magyar munkavállalókra, hogy nem tökéletes egészségi állapotban bemennének a munkahelyükre. Utóbbi lehetőséggel kapcsolatban egyrészt megfontolandó, hogy Magyarországon minden munkavállaló hosszú ideig és viszonylag bőkezű pénzbeli ellátásra jogosult, ha betegség miatt nem dolgozik. Ez, a 7.1.1 fejezetben bemutatottak értelmében a betegszabadság felé „billenti” a munkavállalói döntést. Arra vonatkozóan sajnos nem rendelkezünk friss információkkal, hogy a munkahely elvesztésétől való félelem hogyan és mennyire befolyásolja kifejezetten a betegszabadság vs. betegen történő munkavégzés közötti választást Magyarországon, de arra következtethetünk, hogy van a kettő között összefüggés:

83. ábra: A táppénzes napok, a munkanélküliségi ráta, és a személyes foglalkoztatási helyzet alakulására vonatkozó várakozások 2004 és 2014 között



Adatok forrásai:

Standard Eurobarometer 61,63, 65, 67, 69, 71, 73, 76, 77, 79, 81, 83:

http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb_arch_en.htm,

http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fsp003.html,

http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_hosszu/mpal9807_03_10a.html.

Az egy jogosultra jutó táppénzes napok számának a 83. ábra által mutatott jelentős, 2004 és 2014 között, több, mint 50%-os csökkenésének hátterében részben kétségtelenül a táppénzre való jogosultságra és a táppénz mértékére vonatkozó jogszabályok változása áll (KSH, 2014). Az ábra alapján ugyanakkor nem kizárható, hogy egyrészt a munkahely elvesztésétől való félelem (a vizsgált időszakban bár nagy változékonysággal, de sokszor volt magas azoknak az aránya, akik a saját foglalkoztatási pozíciójuk romlására számítottak a következő évben), másrészt az objektív tényezők, nevezetesen a munkanélküli ráta alakulása hatással lehetett az otthonmaradás vs. betegen történő munkavégzés döntésére. Nem feltétlenül állja meg tehát a helyét az a feltételezés, hogy a magyar munkavállalók inkább döntenek egészségi panaszuk esetén amellett, hogy nem mennek dolgozni.

Ha „tartalmi” okokból a mérttől eltérő, a presenteeism-mel kapcsolatos termelés kiesésre számítanánk, felmerül a módszertani problémák lehetősége, hiszen ez esetben azt gondoljuk, hogy nem jól mértük meg azt, ami van. Ezzel kapcsolatban az alkalmazott módszertan legnagyobb hibájának az Omnibusz adatfelvételi sajátosságait tartom. Az egészségi állapotra vonatkozó kérdések pontos és valósághű megválaszolása igényel bizonyos mértékű „elmélyültséget” a válaszadótól, amit azonban, ha az egészséggel kapcsolatos kérdések rövidke blokkja két egészen más témájú kérdésblokk közé ékelődik be (ami az Omnibusz sajátja), nem valószínű, hogy elér a kérdezett. Különösen igaz lehet ez az enyhébb egészségproblémák esetében, amelyeknek bár a kérdezett nincs folyamatosan tudatában, mégis befolyásolhatják a munkavégzését, ha csak kis mértékben is.

Az adatfelvétel másik hátulütője az alacsony elemszám, különösen a presenteeism-et jelzők alacsony száma miatt, melyet az elemzés során a rendelkezésre álló statisztikai módszerekkel igyekeztem „kezelni”. A presenteeism-et jelzők alacsony aránya ugyanakkor nem csak a kiesett termelés kalkulációjának megbízhatóságát csökkenti, hanem azt is lehetetlenné teszi, hogy a presenteeism jelenségének különböző társadalmi-gazdasági tényezőkkel (iskolázottsággal, nemmel, korral, stb.) való összefüggését felderítsük, holott ezeknek az összefüggéseknek a megbízható ismerete – a munkavállalók hasonló dimenziók szerinti megoszlásának ismeretében – lehetővé tenné a presenteeism okozta gazdasági költségek hozzávetőleges becslését akkor is, amikor nincs kifejezetten a presenteeism jelenségére vonatkozó adat. Éppen ezért tértem ki részletesen a presenteeism mérésének módszertani kérdéseire:

Mindezek miatt úgy gondolom, nagyon hasznos lenne a presenteeism-re vonatkozó kérdéseket belefoglalni nagyobb mintaelemszámú és kifejezetten az egészségi állapottal kapcsolatos felmérésekbe, például az Európai Lakossági Egészségfelmérés kérdőívébe. Amennyiben ezalapján megismerhető lenne a presenteeism említett társadalmi-gazdasági összefüggésrendszere, elegendő lenne csak időszakosan felvenni a kifejezetten a presenteeism-re vonatkozó adatokat, a kimaradó években ezek alapján becsülhető lenne a nem tökéletes egészségi állapotban végzett munka miatti veszteség nagyságrendje.

8. AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT HATÁSA A FOGLALKOZTATOTTSÁGRA ÉS A JÖVEDELEMRE MAGYARORSZÁGON

Ebben a fejezetben a TÁRKI 1992 és 1997 között, összesen 6 hullámban felvett háztartáspanel adatbázisa alapján becslést teszek arra, hogyan befolyásolta Magyarországon az egészségi állapot a foglalkoztatás és a jövedelem alakulását egyéni szinten.

8.1 BEVEZETÉS

Az egyéni egészségi állapot a 6. fejezetben bemutatott mikroszintű megközelítés szerint mind az egyéni munkaerőpiaci részvételre, mind az egyéni termelékenységre pozitív hatással lehet. Ugyanakkor, ugyancsak az ebben a fejezetben vázoltak szerint, az egyéni szintű egészségi állapot egyéni szintű gazdasági következményeinek vizsgálata súlyos módszertani problémákat vet fel. Ezek közül a legfontosabbak az endogenitás, vagyis hogy az egészség és a gazdasági teljesítmény között kölcsönös oksági viszony feltételezhető; hogy nem zárható ki, hogy a két tényező közötti együttjárás valamely harmadik tényezőnek tudható be; és hogy a két tényező operacionalizálása, vagyis az alkalmazott mutatók mibenléte ez esetben korántsem technikai részletkérdés, hanem az összefüggések vizsgálatának lényegi pontja. Elemzésem során ezen problémák mindegyikével részletesebben foglalkozom.

Fejlett országokra vonatkozólag relatíve kevés elemzés született az egészségi állapot és a termelékenység valamint az egészségi állapot és a munkakínálat közötti kapcsolat felderítésére. Ezeket a teljesség igénye nélkül az alábbiakban bemutatom.

8.1.1 EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ÉS BÉREK

Az egészségi állapot termelékenységre gyakorolt hatásának vizsgálatakor a fejlett országokra vonatkozó tanulmányok jellemzően a bérátár (vagyis az egységnyi munkaidőre jutó munkabért) használják a termelékenység mutatójaként. Schultz (2002) az endogenitás problémájának feloldására az egészségi állapot mutatójaként az aktuális jövedelmi helyzettel nem összefüggő instrumentális változót, a felnőttkori testmagasságot használta. Eredményei szerint a 20 és 28 év közötti amerikaiak esetében egy centiméterrel nagyobb testmagasság a férfiak esetében 0,45, a nőknél 0,31 százalékkal magasabb bérrel járt együtt. Lechner & Vazquez-Alvarez (2003) német paneladatokon a mozgáskorlátozottság jövedelmi hatását vizsgálták, és azt találták, hogy az egészségi eredetű korlátozottság nélkül élők bére 16%-kal magasabb a kis mértékben korlátozottak bérénel, és 20%-kal a súlyosan korlátozottakénál. Egy amerikai kutatócsoport az alkalmazottak termelékenységére hatást gyakorolni tudó, egészséggel kapcsolatos kockázati tényezők és a termelékenység közötti kapcsolatot vizsgálta szintén paneladatokon, amely termelékenységi érték ezúttal önbevalláson alapult (Burton, et al., 2006). Összesen 12 kockázati tényező vizsgálták, és megállapították, hogy ezek közül négy volt a igazán erős hatással a termelékenységre: az étellel való általános elégedettség, a munkával való elégedettség, a rossz egészségi állapot és a stressz. Az alkalmazottak termelékenységén átlagosan 2,4 százalékot rontott egy-egy újabb kockázati faktor

megjelenése – a közepes és magas kockázatú alkalmazottak átlagosan 6,2-12,2 százalékkal voltak kevésbé termelékenyek az alacsony kockázatúaknál. Gambin szerint, aki szintén paneladatokat elemez, a férfiak esetében egyértelműbb az egészségi állapot jövedelmi hatása (Gambin, 2005), bár az endogenitást nem minden esetben kellően akkurátusan kezelő módszerei miatt felvethető, hogy az eredmény inkább a bér egészségre gyakorolt hatását tükrözi semmint a fordított irányt (Suhrccke, et al., 2012). Jäckle (2007) alapvetően módszertaninak szánt, az endogenitás és más módszertani kihívások megoldására nagy hangsúlyt fektető, szintén paneladatokat elemző cikkében bemutatja, hogy 1995 és 2005 között Németországban az egészségi állapottal való elégedettség 10%-os növekedése a nők órabérét 0,14-0,47 százalékkal, a férfiak órabérét 0,09-0,88 százalékkal emelte. A Kelet-Európai régió egyes országaiban (Suhrccke, et al., 2007) szerint a jó egészségi állapotú nők bére 22%-kal, a jó egészségi állapotú férfiaké pedig 18%-kal volt magasabb, mint a saját egészségüket nem jónak tartóké. Cai (2007) Ausztráliára vonatkozó vizsgálata ugyanazon időszaknak az önértékelésen alapuló egészségi állapot-mutatójának és a munkabérnek a kapcsolatát vizsgálta és azt találta, hogy a „nagyon jó” vagy „kiváló” egészségi állapotúak 18%-kal magasabb bért tudnak elérni, mint akiknek rosszabb az egészsége. Ezek az eredmények természetesen ugyanúgy tükrözhetik a bér egészségre gyakorolt hatását mint a fordítottat. Brazenor (2002) ugyancsak Ausztráliára vonatkozó vizsgálata szerint a valamilyen mentális problémával küzdő férfiak bére 35, a krónikus fájdalomban szenvedő férfiaké 15, a krónikus fájdalomban szenvedő nők bére pedig 10 százalékkal volt alacsonyabb, mint az átlagos férfi illetve női bér. Ezek a változók azonban nem tekinthetők a jövedelemtől függetlennek, ezért az eredmények sem egyértelműek a hatás iránya szempontjából. Pelkowski & Berger (2004) Egyesült Államokra vonatkozó panelvizsgálata szerint a krónikus betegségben szenvedő férfiak bére 4,2 – 6,4%-kal, a nőké pedig 4,5 – 8,9%-kal csökken. García-Gómez és munkatársai (2013) az egészségügyi rendszerből származó adatokat vetettek össze foglalkoztatási és jövedelmi adatokkal Hollandiában. Eredményeik szerint egy akut kórházi kezelési „epizód” két évvel később 5 százalékkal alacsonyabb jövedelemmel jár együtt az eredeti jövedelemhez képest. A több évből származó adatok lehetővé tették az egészségi sokk időben eltolt hatásának vizsgálatát. Forbes és munkatársai (2010) Ausztráliában azt találták, hogy különböző betegségek a férfiak és a nők esetében eltérő mértékben alacsonyabb bérrel járnak együtt:

21. táblázat: Jelentősebb betegségek hatása a bérre nemek szerint (Ausztrália, 2001-2005)

	Férfiak	Nők
Szív- és érrendszeri betegségek	-1,9	-1,3
Cukorbetegség	-1,8	-1,2
Daganat	-1,6	-1,0
Arthritis	-2,3	-1,5
Rossz mentális egészség	-4,7	-3,1
Súlyos sérülés	-5,4	-3,5

Forrás: (Forbes, et al., 2010)

A fenti tanulmány szerzői adataik és korábbi eredmények (Laplagne, et al., 2007) alapján felvetik, hogy az egészségi állapot romlásának legjelentősebb foglalkoztatással összefüggő hatása a foglalkoztatottság csökkenése – azoknak a megromlott egészségű munkavállalóknak azonban, akik foglalkoztatottak maradnak, nem csökken jelentősen a bére (Forbes, et al., 2010).

8.1.2 EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ÉS FOGLALKOZTATÁS

Az egészségi állapot munkakínálatra gyakorolt hatásának vizsgálata is hasonló eredményeket hozott. Ezzel kapcsolatban ugyanakkor meg kell jegyezni, hogy bár a szakirodalom konzekvensen a munkakínálat változását említi, valójában foglalkoztatottságot vizsgál, ami azonban a munkakínálat és az egészségi állapottal „súlyozott” munkakereslet eredője. Alkalmasabb tehát a foglalkoztatottságról vagy a munkaerőpiaci státuszról beszélni mintsem önmagában a munkakínálatról, hacsak nem kifejezetten a munkavállalásra vonatkozó egyéni elképzelésekről rendelkezünk információkkal. Andrén & Palmer (2001) svéd paneladatokon vizsgálták a korábbi hosszú betegség jövedelmi hatását, és azt találták, hogy azoknak, akiknek a vizsgálat évét megelőző 5 évben volt hosszabb beteg-epizódjuk, szignifikánsan alacsonyabb volt a jövedelmük a vizsgálat évében, még ha ekkor nem jelentkezett is beteg-epizód. A munkabérre ugyanakkor nem volt egyértelmű hatása a korábbi betegségnek – vagyis a jövedelemcsökkenés feltehetően a munkakínálat csökkenéséből eredt. (Lechner & Vazquez-Alvarez (2003) eredményei szerint a mozgáskorlátozottság 10%-kal csökkentette a munkaerőpiaci elhelyezkedés esélyét Németországban. Hasonló eredményekre jutott szintén paneladatok alapján Gannon (2005) is, de csak a férfiakat illetően: míg esetükben 9%-kal csökkent a foglalkoztatás esélye, a nőknél ugyanez a csökkenés 26%-os volt. Pelkowski és Berger (2004) már idézett, az Egyesült Államokra vonatkozó tanulmányukban a krónikus betegségben szenvedő férfiak munkában töltött átlagos idejének 6,1 – 6,9%-os, a nők esetében 3,9 – 4,5%-os csökkenését találták. Felvethető, hogy az „átlagos” munkaidő-csökkenés alkalmas mutató-e ebben az esetben, vagy inkább más, a munkaerőpiacról való kiszorulás valószínűségének növekedését plauzibilisebben megragadó mutatót volna jobb használni. Ilyen lehetne például azoknak az aránya, akik a betegség hatására teljesen kiszorultak a munkapiacról.

Suhrcke és munkatársai (2007) kelet-európai vizsgálatukban azt találták, hogy a fizikai aktivitás korlátozottsága 7 és 30% közötti mértékben csökkentette a munkaerőpiaci jelenlét valószínűségét. Több európai országot vizsgálva Gómez (2008) eltérő következményeit találja az egészségi sokkoknak: Franciaországban, Olaszországban és Görögországban nem talált munkaerőpiaci következményt, Dániában, Hollandiában és Írországban ugyanakkor 7%-os jövedelemcsökkenés következett be az egészségi sokk hatására, és ennek elsődleges oka nem a bér, hanem – akárcsak Andrén & Palmer (2001) kutatásában – a foglalkoztatás csökkenése volt. Az Egyesült Államokban azok, akik saját egészségi állapotukat jónak ítélték, 2,85%-kal nagyobb valószínűséggel voltak foglalkoztatottak, mint akiknek nem volt ilyen jó az egészségi állapota (Fonseca, 2011). García-Gómez és munkatársai már említett vizsgálatukban (2013) az akut kórházi kezelési „epizód” foglalkoztatási hatását is megvizsgálták, és azt találták, hogy az a foglalkoztatás valószínűségét 7 százalékponttal csökkenti.

Az egészségi állapot a nyugdíjba vonulásra vonatkozó döntésre is jelentős hatással lehet, jóllehet, ezt nagyban befolyásolja az adott ország intézményrendszere. (Kalwij & Vermeulen (2005) például európai országokat vizsgált és azt találta, hogy egyrészt egyes országokban (így például Franciaországban, Svájcban és Görögországban) nincs összefüggés az egészségi állapot és a nyugdíjba vonulás között. Máshol ugyanakkor az, ha élete során valaha volt súlyos egészségi állapotban valaki, 11 és 28 százalékpont közötti mértékben csökkentette az 50 feletti nők, és 13 és 31 százalékpont közötti mértékben az 50 feletti férfiak munkaerőpiaci részvételének esélyét.

8.1.3 AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT GAZDASÁGI HATÁSÁNAK MÉRÉSÉVEL KAPCSOLATOS

MÓDSZERTANI KÉRDÉSEK

A fentiekből kitűnik, hogy az egészségi állapot gazdasági hatásának mikroszintű becslése módszertanilag igen szerteágazó: alig van az itt bemutatott eredmények között két közvetlenül összevethető. Ennek alapvetően az az oka, hogy az összefüggés számszerűsítése – mint azt a 6. fejezetben röviden bemutattam – számos módszertani problémába ütközik, melyeknek jelenleg nincs konszenzusos, standard megoldása a szakirodalomban. Úgy is fogalmazhatunk, hogy útkeresés zajlik.

A legalapvetőbb módszertani probléma továbbra is az endogenitás és az együttjárás oksági hátterének kérdése, vagyis hogy a tapasztalati korreláltságot mennyiben eredményezi az egészség gazdaságra való hatása és mennyiben a fordított hatás, illetve hogy valóban az egészség és a gazdasági tényezők közötti oksági viszony áll a tapasztalati együttjárás hátterében, vagy egy harmadik, közös külső tényező okozza előbbiek együttmozgását. Ilyen tényező lehet például elsősorban a TÁRKI HP esetében az adatfelvétel időszakának hektikus gazdasági helyzete – a magas infláció, a bizonytalan gazdasági környezet, a vállalatok tömeges megszűnése, és az ebből fakadó olyan tényezők, melyeket az elemzésben nem ragadtam meg.

AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ÉS AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT-VÁLTOZÁS MÉRÉSE. Az egészségi állapotot a HP kérdőíveiben a „Mennyire elégedett Ön egészségi állapotával” kérdéssel mérték a hatból öt hullámban egy olyan kérdésblokkban, amelyben az élet különböző dimenzióival való elégedettségre kérdeztek rá. Vagyis a kérdés nem az egészségi állapotra, hanem az egészségi állapottal való elégedettségre vonatkozik, ami bár nüanszyninak tűnik, mégis fontos különbség. A továbbiakban a rövidség kedvéért gyakran mint „egészségi állapotra” hivatkozom erre a változóra, de ez minden esetben az egészségi állapottal való elégedettséget jelenti. A válaszokat egy 0-tól 10-ig terjedő skálán lehetett megadni, ahol a 0 jelentette azt, hogy valaki egyáltalán nincs megelégedve az egészségével, és 10 azt, hogy teljes mértékben meg van. A módszer rokon az úgynevezett visual analogue scale (VAS) mérőeszközzel, amennyiben nem rendel verbálisan értelmezhető értéket az egyes szintekhez, bár itt a megkérdezéskor a válaszadó magát a skálát nem látta, hiszen kérdezőbiztos vette fel a válaszokat – és ez egy igen fontos különbség. Hasonlít ugyanakkor a ma elterjedt standard kérdőívekben alkalmazott egyszerű, egydimenziós egészségi állapot-skálára is, ott azonban verbálisan kifejezett értelme van a skála szintjeinek (pl. „nagyon rossz”, „megfelelő”, „jó”, stb). Ezek eredményei bizonyos mérések szerint nagyban korrelálnak egymással, de nem tökéletesen azonosak (Daniilidou, et al., 2010).

Számos vizsgálat igazolja, hogy az önértékelésen alapuló, egy dimenziós egészségi állapot érvényes és megbízható mutatója az egészségi állapotnak akkor is, ha azt más, objektív mutatókkal, például a mortalitással, morbiditással, kifinomultabb mérőeszközökkel előállított adatokkal vagy más biológiai jellemzőkkel összevetjük, lásd például Idler és Benyamini (1997), Jylha et al (2006). Schnittker és Bacak (2014) 1980 és 2002 közötti adatokat elemezve azt is kimutatták, hogy az önértékelésen alapuló egészségi állapot időben egyre szorosabb kapcsolatot mutat a mortalitással, vagyis a mutató ilyen értelemben vett érvényessége erősödött. A szerzők megállapítása szerint ez az egészségműveltség növekedésével, az egészségre vonatkozó elérhető információk bővülésével

magyarázható. Ezzel összefüggésben ugyanakkor arra is rámutatnak, hogy a mutató érvényessége jelentősen különbözhet például iskolázottság és műveltség szerint, hiszen az iskolázottabb társadalmi csoportok jobban hozzáférnek azokhoz az információkhoz, amelyek az önértékelésen alapuló egészségi állapot mutatójának érvényességét növelik. Ennek fényében egyrészt kérdés, hogy a HP 1990-es évek elejéről származó adatai mennyire jó mutatói az egészségi állapotnak. Másrészt nem hagyható figyelmen kívül annak a lehetősége sem, hogy az alacsonyabb társadalmi státusz esetleg pontatlanabb önbecslést tesz csak lehetővé. A HP adatain e tekintetben „javítani” nem lehetséges, az eredmények megbízhatóságának értékelésekor azonban nem hagyhatók figyelmen kívül ezek a szempontok.

Fontos szempont az önértékelésen alapuló egészségi állapot mutatójával kapcsolatban az is, hogy több kutatás alapján is úgy tűnik, nem egyértelmű a megfelelés ezen mutató és más, az egészségi állapotot becsülő eszközök eredményei között. Brazil idősöket vizsgálva egy kutatócsoport azt találta, hogy a krónikus fájdalom megjelenése férfiak esetében nem jár együtt az önértékelésen alapuló egészségi állapot romlásával, miközben nők esetében igen (Pereira, et al., 2014). Egy finn kutatás bár alacsonyabb önértékelésen alapuló egészségi állapot mutatott ki azok esetében, akik rendszeresen tapasztaltak fájdalmat, a kapcsolat azonban egészen addig nem volt különösebben szoros, amíg a fájdalom igazán gyakorivá nem vált (22. táblázat):

22. táblázat: Krónikus fájdalom és önértékelésen alapuló egészségi állapot (2002, Finnország)

	Mérsékeltlen jó egészségi állapot	Rossz egészségi állapot
Krónikus fájdalom: legfeljebb hetente egyszer* (esélyhányados; CI 95%)	1,36 (1.05-1.76)	1,16 (0.65-2.07)
Krónikus fájdalom: hetente többször* (esélyhányados; CI 95%)	2,41 (1.94-3.00)	2,62 (1.76-3.90)
Krónikus fájdalom: naponta* (esélyhányados; CI 95%)	3,69 (2.97-4.59)	11,82 (8.67-16.10)

Forrás: **A megadott forrás érvénytelen.**

* azokhoz képest, akik nem tapasztaltak fájdalmat

Látható, hogy bár romlik az egészség önértékelése (a fájdalom igazán gyakorivá válásával megsokszorozódik a saját egészségüket rossznak tartók aránya), de még a fájdalmat hetente többször tapasztalók körében is csak kevesebb mint háromszorosa az egészségüket rossznak tartók aránya mint a fájdalmat sosem tapasztalók között.

Jenkinson és munkatársai (1994) felvetik annak lehetőségét, hogy az egészségi állapot önértékelésekor az egyének valamiféle referencia-egészségi állapothoz képest ítélik meg a saját egészségüket. Az idősöknek például lehet valamilyen elképzelése arról, milyen az ő korukban „normális” egészségi állapot, és ehhez mérten ítélik meg saját egészségi állapotukat. Mivel az egészség elvárt szintje az életkor előre haladtával csökken, az idősebbek rosszabb objektív egészségi állapotban is jobbnak ítélik meg a saját egészségüket. Ezért kiemelten fontos lehet például, hogy a HP egészségi állapot-változója nem valamilyen objektív mérce szerinti egészségi állapotot tükröz, hanem az egészséggel való szubjektívelégedettségre kérdeztek rá.

Összefügg ezzel az egészségi állapot változásának mérése is. Leinone és munkatársai (1998) például időseket öt év alatt kétszer (a periódus elején és végén) vizsgálva azt találták, hogy bár az önértékelésen alapuló egészségi állapot-mutatójuk gyakorlatilag nem változott a vizsgált időszakban, amikor azt kérdezték tőlük, hogyan változott az egészségi állapotuk ezalatt, közel felük azt válaszolta, hogy romlott. Ez az ellentmondás plauzibilisen magyarázható a fent bemutatott referencia-elmélettel. Mások ugyanakkor az „objektív” egészségi állapot pontos jelzőjének találták az önértékelésen alapuló egészségi állapot egydimenziós mutatóját többször is megmérve egy olyan időszakban, amikor az alanyok egészségi állapota egy nagy műtét időszakában jelentős és ismételt változáson ment át (Perruccio, et al., 2010). Ez azonban nem feltétlenül mond ellent Leinone és munkatársai (1998) eredményének, hiszen egy nagy műtét időszakában tapasztalt átmeneti egészségromlás nem az élet „természetes” velejárója úgy, ahogy ezt például az idősödéssel együtt járó egészségromlásról gondolhatja valaki.

A referencia-elmélet nyomán felvetődik a kérdés, hogy vajon csak életkor szerint tapasztalható – ha tapasztalható – ez a jelenség, vagy más társadalmi változók mentén is. A legtöbb ember számára az életben úgy általában a referencia nem az átlag vagy valamiféle ideális helyzet, hanem azok, akiket az ember nap mint nap maga körül lát. Egy homofil társadalomban, ahol „hasonló a hasonlóval” érintkezik, ha ezeknek átlagosan rosszabb az egészségi állapota, akkor a megkérdezett a sajátját nem fogja annyira rossznak tartani. Az, hogy – mint feljebb bemutatam – az önértékelésen alapuló egészségi állapot hűen tükrözi például a mortalitási esélyeket, ellentmondhat ennek, de nem feltétlenül és nem teljes mértékben: elképzelhető, hogy ordinálisan követi ugyan az önértékelt egészségi állapot az „objektív” egészségi állapotot, de a skála „összenyomottabb”, mint a teljes egyezés esetén volna.

További kérdés lenne, hogy magát az egészségi állapot változását hogyan vegye figyelembe a kutató longitudinális panel-adatbázist elemezve. A két hullám között mért egészségi állapotok egyszerű különbsége, ami a szakirodalomban a leginkább elterjedt módszer (Locker, 1998) több, bár nem független szempontból is problémás: egyrészt nem veszi figyelembe, arányosan mekkora a változás, és – ezzel összefüggésben – nem ad egyértelmű hozzárendelést: több különböző kiinduló és új egészségi állapotpárhoz is ugyanaz a különbség tartozik⁸².

A előbbi problémán segít, ha a változást az eredeti vagy az új egészségi állapot vagy a kettő valamilyen kombinációjának arányában mutatjuk be, de a hozzárendelés ez esetben sem lesz egyértelmű. További lehetőség, hogy a változást nem mennyiséginek, hanem minőséginek tekintjük. Ekkor, lévén jelen esetben minden időszakban 11 fokozatú skálán kellett értékelni az egészségi állapottal való elégedettséget, két időszak összehasonlításakor összesen 121 különféle eshetőségem lesz. Bár ezek egy jelentős része – a szélsőséges változásokat mutatók – várhatóan üresen maradnak, ez a megoldás nagyon szétaprózná az adatbázist. A probléma feloldható, ha – vállalván az adatvesztést – szűkítjük az egészségi állapottal való elégedettség, vagy az egészségi állapot-változás kategóriáinak számát.

A relatív, a kiinduló állapot százalékában mért változás alkalmazása esetén az egyik időszakról a másikra a következőképpen néznének ki a változók:

⁸² Például ha 10-ről 8-ra vagy ha 4-ről 2-re romlik az egészségi állapot értékelése, a változás ugyanúgy –2 lesz, és így tovább.

$$\text{relatív változásmutató } (t \rightarrow (t + 1)) = \left(\frac{\text{mutató}(t + 1) - \text{mutató}(t)}{\text{mutató}(t)} \right) * 100$$

Ez a módszer az eleve rosszabb egészségi állapotú emberek egészségváltozását nagyobbra „értékeli”, hiszen kisebb lesz a tört nevezője. Szem előtt kell tartani, hogy az így képzett változás-mutatók korrelálnak a kiinduló, statikus mutatókkal, amit az endogenitás tényleges kiszűréséhez kezelni kell.

A módszer ugyanakkor előidéz egy jelentős koncepcionális problémát, nevezetesen hogy nagyon eltérő egészségi állapotú emberek mintáján vizsgálva akkor is negatív lehet a kulcsváltozók közötti statisztikai összefüggés, ha az egészségi állapot romlása várokozásainknak megfelelően a munkaerőpiaci helyzet romlásával jár együtt. Egyrészt, ha a két változó közötti összefüggés pozitív ugyan, de kicsi a jövedelem vagy a foglalkoztatás „egészség-rugalmassága”, vagyis a jövedelem vagy a foglalkoztatás csak kisebb mértékben javul vagy romlik, mint az egészségi állapot, akkor a korreláció negatív lesz. Másrészt, az egészségi állapot javulásának valószínűsége nagyobb azok körében, akik eredetileg rosszabbnak értékelték az egészségüket, míg az egészségüket eredetileg nagyon jónak tartók esetében még akkor is a romlás valószínűsége nagyobb, ha az értékelést random módon teszik meg – egyszerűen mert a kiinduló értékük olyan alacsony, illetve magas (a szakirodalomban ez a törvényszerűség mint az átlaghoz való regresszió problémája ismeretes (Vokó, 2000)). A foglalkoztatást illetve a jövedelmet viszont ez esetben elsősorban az egészség szintje, nem pedig annak változása fogja meghatározni. Példaképp képzeljünk el két embert, E-t (egészséges) és B-t (beteg), akik közül az első időszakban E 11, B 1 „pontra” értékelte az egészségét, míg a második időszakban E egyet le, B egyet felfelé változtatott. E egészsége így 9 százalékot romlott, B egészsége pedig 100 százalékot javult. A foglalkoztatásuk illetve a jövedelmük azonban, ha változott, valószínűleg nem ezt a változást tükrözi, hanem azt, hogy egyikük változatlanul nagyon rossz, másikuk pedig nagyon jó egészségi állapotú.

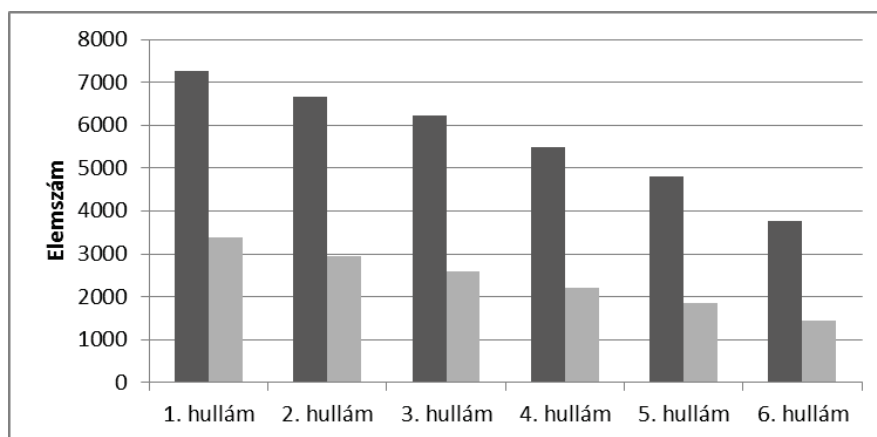
8.2 ADATOK ÉS ALKALMAZOTT MÓDSZEREK

8.2.1 AZ ADATBÁZIS RÖVID BEMUTATÁSA

A TÁRKI Háztartáspanel adatfelvétele 1992 és 1997 között zajlott, összesen 6 hullámban⁸³. A minta az első hullámban 2059, 1997-ben 1392 háztartást tartalmazott (Kapitány & Molnár, 2001). A háztartások valamennyi, 16 év feletti tagjával felvették egyéni kérdőívet.

⁸³ A TÁRKI Háztartáspanel dokumentációja és kérdőívei elérhetők a következő címen: <http://www.tarki.hu/hev/mhp>

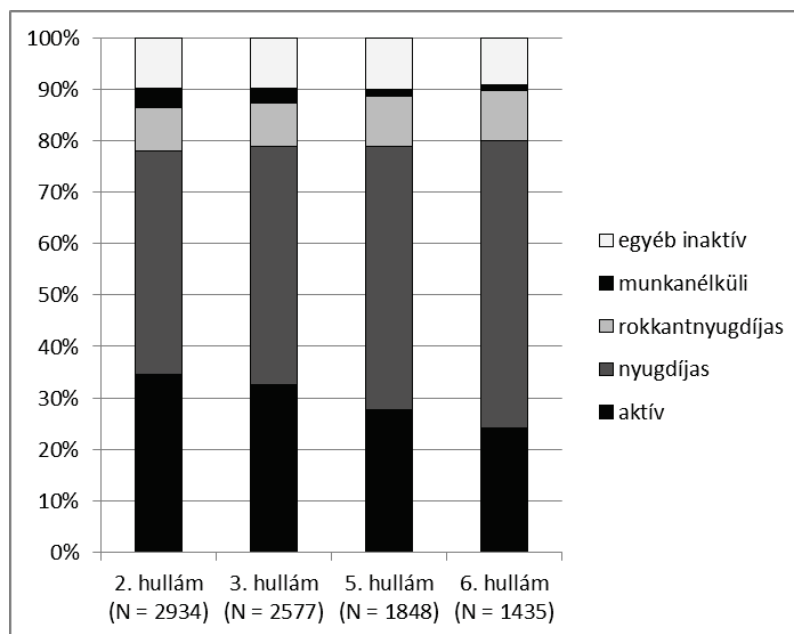
84. ábra: a TÁRKI Háztartáspanel elemszáma az egyes hullámokban (teljes minta és 40 feletti)



Az adatfelvétel elsősorban a háztartások munkaerőpiaci és jövedelmi viszonyaira és anyagi életkörülményeire vonatkozott. Valamennyi kérdőív tartalmazott az élet bizonyos dimenzióival való elégedettségre vonatkozó kérdéseket, és alkalmilag bekerültek nagyobb, speciális területekre vonatkozó blokkok is, például az 5. hullámban (1996-ban) az egészségügyre vonatkozó részletes blokk.

A minta megoszlása főbb aktivitási kategóriák szerint az alábbi:

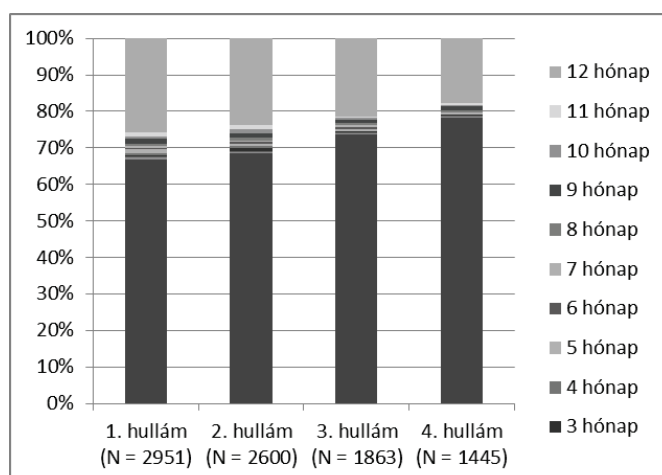
85. ábra: A 40 fő feletti minta megoszlása aktivitás szerint hullámonként



Látható, hogy folyamatosan csökkent az aktívak aránya (és a létszáma is), elsősorban a nyugdíjasok javára. Figyelemre méltó a munkanélküliek arányának csökkenése – ők jellemzően inaktívvá váltak. Mindezt természetesen részben indokolja a minta idősödése.

A foglalkoztatás gyakorisága a következőképp alakult:

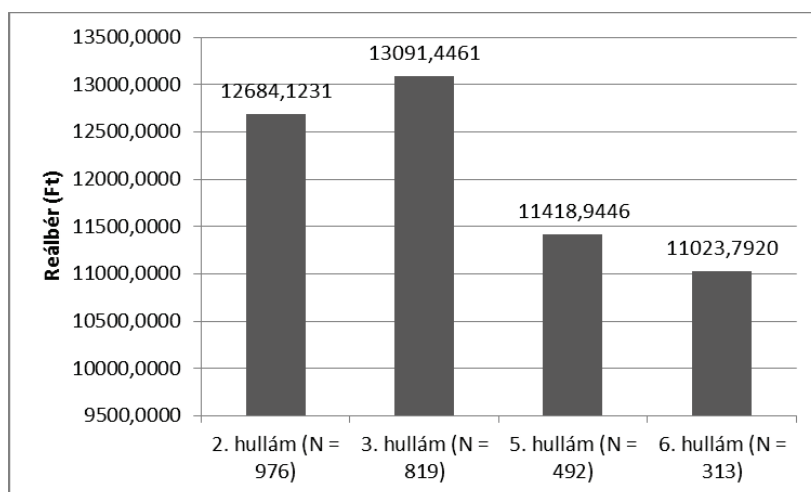
86. ábra: A foglalkoztatás gyakorisága a 40 feletti mintában hullámonként



Látható, hogy a két szélső állapot, a teljes foglalkoztatás és az a leggyakoribb, amikor valaki egyetlen hónapot sem dolgozik. A többi kategóriák feltehetően e két szélső állapot közötti átmenetet jelentik. Másrészt feltűnő, hogy mennyire alacsony a foglalkoztatás a 40 feletti mintában – ami persze nem különösebben csodálnivaló, hiszen a minta 44%-a 60 év feletti.

A főmunkahelyről származó havi reálbér (részletes magyarázatát ld. később) az alábbi átlagos értékeket vette fel az egyes hullámokban:

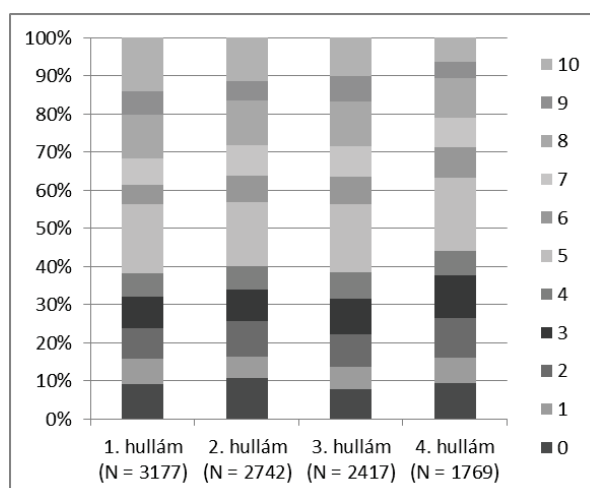
87. ábra: A havi reálbér alakulása a 40 év feletti mintában hullámonként



A 2. és 3. időszak közötti kis mértékű emelkedést az 5. és 6. hullám idején jelentős csökkenés követte.

Végül az egészségi állapot értékei az egymást követő hullámokban:

88. ábra: Az egészségi állapottal való elégedettség alakulása a 40 év feletti mintában hullámonként



Jelentősebb trendként itt azon megkérdezettek arányának csökkenését lehet kiemelni, akik a legmagasabbra (10-re) értékelték egészségi állapotukat. Ezzel párhuzamosan az évek során nőtt azok aránya, akik legfeljebb 5-re értékelték az egészségi állapotukat.

8.2.2 ALKALMAZOTT MÓDSZEREK I. – IDŐBEN ELTOLT ELEMZÉS

Az elemzés során, mivel az egészségi állapot hatását akartam vizsgálni, ki kellett szűrni a jövedelemmel illetve a foglalkoztatással való kölcsönös meghatározottság hatását. A legegyszerűbb szabály szerint ha két változó közül az egyik időben megelőzi a másikat, és nincs közös okozójuk, akkor ez a feltétel teljesül. Mind az egészséggel való elégedettség, mind a jövedelem esetében igaz ugyanakkor, hogy az egymást követő időpontbeli értékeik nagyban függenek egymástól.

Az elemzésem első felében a t -edik hullámban mért egészségi állapot és a $(t + 1)$ -edik időpontbeli foglalkoztatás/jövedelem összefüggését vizsgáltam lineáris regresszióval (vagyis összesen négy hullámban: $1 \rightarrow 2$, $2 \rightarrow 3$, $3 \rightarrow 5$, $5 \rightarrow 6$ – a 4. adatfelvételben nem szerepelt egészségváltozó). A jövedelem változójaként a kérdezést megelőző évben a főmunkahelyről származó, a foglalkoztatás egy hónapjára eső jövedelemnek reálértékét használtam. Ebben minden, a főmunkahellyel összefüggő jövedelem szerepel, vagyis a bér, különféle hozzájárulások (étkezési, utazási, stb.), valamint a táppénz is. Ez utóbbi figyelembe vétele koncepciólagosan problémás: akár figyelembe veszem, akár nem, gyakorlatilag biztosítom, hogy a rosszabb egészségi állapotúaknak alacsonyabb legyen a jövedelme, feltéve hogy a táppénz igénybevétele rosszabb egészségi állapottal jár együtt, és fordítva (bár ez a feltevés nem feltétlenül teljesül – ld. (Lehmann & Polonyi, 1998, p. 310). Ez a torzítás akkor kisebb, ha figyelembe veszem a táppénzt is mint a főmunkahelyről származó jövedelmet, ezért így tettem. Az így számított jövedelem reálértékét a KSH árindexe alapján számítottam ki⁸⁴. Az alkalmazott jövedelemváltozóval kapcsolatos további probléma, hogy az nem tartalmazza a például vállalkozásból, vagy a főálláson kívüli különmunkából származó jövedelmeket, vagyis kifejezetten a munkabérre, és nem általában a jövedelemtermelő képességre vonatkozik. A vizsgált

⁸⁴ http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_hosszu/h_qsf001.html

időszakban ugyanakkor ezeknek a tevékenységeknek olyan kicsi volt a gyakorisága (a vállalkozók aránya a mintában például 2,5 százalék körül mozog), a vonatkozó jövedelmek beemelése ugyanakkor olyan további módszertani bonyodalmakat okozott volna, hogy úgy döntöttem, nem veszem őket figyelembe.

A foglalkoztatottság változója azt mutatta, hogy a kérdezést megelőző évben hány hónapban volt a kérdezettnek főállása.

Az elemzésben csak azokat vizsgáltam, akik a mindenkori első időszakban betöltötték a 40. évüket, mert – például Kovács & Tóth (2015) szerint – az egészségi állapot megromlása és a társadalmi viszonyokban gyökerező egészség-egyenlőtlenségek megjelenése nagyjából ebben az életkorra tehető. Felső korhatárt nem szabtam, hiszen elméletben – még ha ez a vizsgált időszakban nem is volt gyakori – akinek „bírja” az egészsége, a nyugdíjkorhatáron túlmenően is dolgozhat. A mintában is minden időszakban 3% körüli volt azoknak az aránya, akik aktivitási kategóriaként azt jelölték meg, hogy „nyugdíj mellett munkaviszonyban áll”. További szűrőfeltétel volt a foglalkoztatottság vizsgálatánál, hogy a főállás gyakorisága legalább a két vizsgált időszak egyikében, a bér esetében pedig hogy mindkét időszakban legalább 1 legyen.

Mind a bérre, mind a foglalkoztatottságra gyakorolt hatás vizsgálatánál kontrolláltam az első időszaki bérre, kiszűrendő annak az első időszaki egészségi állapotra gyakorolt hatását. További kontrollváltozókként a kort, a nemet, az iskolázottságot⁸⁵, a makrogazdasági helyzetet⁸⁶, és a foglalkoztatottság vizsgálatánál az előző évi foglalkoztatást alkalmaztam.

A lineáris regresszió eszköze természetesen nem kifejezetten megfelelő egy olyan, folytonosnak csak nagy jóindulattal tekinthető függő változó esetében, mint a foglalkoztatás gyakorisága. Ezért a lineáris regresszió mellett más, egyszerűbb módszerekkel is megvizsgáltam a két változó összefüggését.

8.2.3 ALKALMAZOTT MÓDSZEREK II. – VÁLTOZÁSELEMZÉS

Az elemzés második felében azt vizsgáltam, hogyan befolyásolja az egészségi állapot t -edik időszakról a $(t + 1)$ -edik időszakra történő *változása* a jövedelem, illetve a foglalkoztatás $(t + 1)$ -ről a $(t + 2)$ időszakra való *változását*. Nem csak az egymást közvetlenül követő időszakok közötti, hanem a késleltetett hatást is figyelembe vettem. Ezek alapján az alábbi időszakokat vettem össze:

⁸⁵ A legmagasabb iskolai végzettség négy kategóriája: legfeljebb 8 általános; szakmunkás; érettségi; felsőfokú.

⁸⁶ A makrogazdasági helyzetet a kérdezést megelőző egy évben mért GDP-növekedés alapján kategorizáltam „jó”-nak és „rossz”-nak. Mivel a kérdezés minden év márciusában zajlott, a GDP-növekedés értékei pedig naptári évre voltak elérhetőek a vizsgált időszakra, az előző év növekedés $\frac{3}{4}$ -ét és a kérdezés évében mért növekedés $\frac{1}{4}$ -ét tekintettem, és ezek összegéből képeztem az adott időszakra érvényes mutatót. Ha ez a mutató 1,5 alatt maradt, rossznak tekintettem a makrohelyzetet, ha felette volt, jónak,

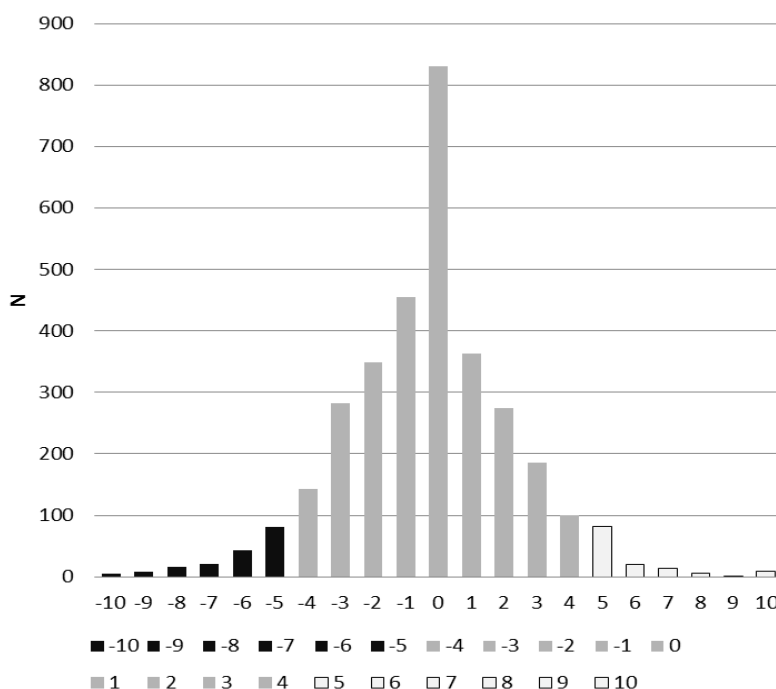
23. táblázat: Változáselemzés – vizsgálandó időszakok

		2-ről a 3. időszakra	3-ról a 5. időszakra	5-ről a 6. időszakra
Egészséggel való elégedettség változása	1-ről a 2. időszakra	✓	✓	✓
	2-ről a 3. időszakra	-	✓	✓
	3-ról az 5. időszakra	-	-	✓

Itt tehát minden összehasonlításban összesen négy, az eredeti Háztartáspanel hullámainak megfeleltethető időszak szerepel: t és $(t + n)$, ahol az egészségi állapot változását követem, valamint $(t + m)$ és $(t + m + k)$, ahol a jövedelem vagy a foglalkoztatottság változását. Az n , m és k 1 vagy 2 lehet, és bizonyos esetekben $n = m$. Az elemzés bemutatásában ugyanakkor csak „első” és „második” időszakra hivatkozom – ezek az egészségi állapot változásának vonatkozásában a t és $(t + n)$, a foglalkoztatás és a jövedelem vonatkozásában a $(t + m)$ és $(t + m + k)$. Tehát a 23. táblázat első cellájának példáján bemutatva az egészségi állapot szerinti „első időszak” itt az 1., a „második időszak” a 2. lenne, míg a jövedelem és foglalkoztatás szerinti „első időszak” a 2., a „második időszak” pedig a 3.

Az eredetileg -10 és +10 közötti egész értékeket felvevő egészségváltozás-változóból egy tízállású változót képeztem. A minta azon részének megoszlása, akik a két időszakban összesen legalább egy hónapig foglalkoztatottak voltak, az alábbi a két egészségváltozás-mutató szerint az alábbi:

89. ábra: A minta megoszlása az egészségi állapot-változás szerint



Szűrőfeltétel: Akik a két időszakban legalább egy hónapot foglalkoztatottak voltak.

Megjegyzés: A felső és az alsó regiszter eltérő színnel jelölt kategóriáit vontam össze egy-egy, „legalább öt egységnyt romlott” illetve „legalább öt egységnyt javult” kategóriává.

Több szempont indokolta volna, hogy az egészségi állapot változását kevesebb kategóriára szűkítsem. Egyrészt, az egészségi állapottal kapcsolatos várakozás annak romlása: bár természetesen előfordulhat javulás, de ez várhatóan inkább esetleges, mint koherens mintázat. Másrészt, az előzetes elemzés szerint az egészségi állapot *javulása* valóban nincs egyértelmű összefüggésben a vizsgált változókkal, vagyis attól, hogy valakinek jobb lett az egészségi állapota, az vagy nem hatott, vagy nem hatott konzekvensen a munkaerőpiaci helyzetére, szemben a csökkenéssel. Harmadrészt, az egészségi állapot változásának Likert-skálán való mérésével kapcsolatban a módszertani bevezetőben elmondottakkal összhangban jelentős a bizonytalanság a nagyon kis mértékű változás tényleges megítélésében, de minél nagyobb a jelzett változás, annál valószínűbb, hogy tényleges egészségi állapot-változás következett be. Mindezek ellenére, éppen mert az egészségi állapot javulása bizonyos esetekben és változókkal erőteljes, és nem a várt irányú összefüggést mutatta, úgy döntöttem, a fent leírt tíz állású változóval végzett eredményeket mutatom be.

A jövedelem vizsgálatakor egyrészt a fent már bemutatott reálbérváltozók különbsége alapján bináris változót képeztem. A bináris jövedelemváltozó referenciakategóriája az volt, hogy a jövedelem nem csökkent, mert a két időszak átlagos reálbér-értékei csökkenést mutattak – ami összhangban van az időszakban makrogazdasági adatok alapján ismert, jelentős lakossági reáljövedelem-csökkenéssel. Természetesen nem mindegy, mekkorát csökken valakinek a bére, ezért – az átlaghoz való regresszió problémáját elkerülendő – azt is megvizsgáltam, hogy az aktuális országos havi nettó átlagbérhez⁸⁷ viszonyított 5, 10 és 20%-os csökkenés összefüggésben van-e az egészségi állapot-változással⁸⁸. A jövedelemváltozást csak azok esetében vizsgáltam, akik mindkét időszakban legalább egy hónapnyit foglalkoztatottak voltak.

Azok körében, akik az első és a második időszakban is legalább egy hónapig foglalkoztatottak voltak, az esetek negyven százalékában csökkent a reálbér, ezek 12%-ában legfeljebb a reálbér 5%-ának megfelelő mértékben, és 30, 28 és 29%-ukban pedig ugyanebben a sorrendben 5 és 10%, 10 és 20% között, és 20%-nál többet.

A foglalkoztatottság esetében szintén a „nem csökkent” volt a referencia, amit a főállás hónapokban mért gyakorisága alapján képeztem. A vizsgált 3431 esetből, amikor a két vizsgált időszak legalább egyikében legalább egy hónapig foglalkoztatott volt a kérdezett, 1148 esetben (33%) csökkent, és 2283 esetben nem csökkent a foglalkoztatás.

Aktivítási státusz szerint is megvizsgáltam az egészségi állapot hatását, egész pontosan azt, hogy mekkora eséllyel válik valaki nyugdíjassá, rokkantnyugdíjassá, munkanélkülivé, és „egyéb inaktívvá”⁸⁹ azok közül, akik az első időszakban aktívak voltak. Aktívnek azokat tekintettem, akik alkalmazottak vagy vállalkozók voltak, nyugdíj mellett munkaviszonyban álltak, vagy alkalmi munkákból éltek. Ez a kérdezést megelőző hónapra

⁸⁷ (Kerényi & Szénásiné Matúz, 2001, p. 421)

⁸⁸ Az összes időszakra vonatkozó átlagos bérváltozás (csökkenés) a szintén az összes időszakra vonatkozó országos átlagbér 6%-a. Ez az arány időszakról időszakra természetesen változhat.

⁸⁹ Az „egyéb inaktív” kategóriába sorolt státuszok: GYES-en, GYED-en van; háztartásbeli; egyéb eltartott. A kimaradó aktivitási kategóriáknál nem volt egyértelműen eldönthető, hogy milyen tényleges aktivitási státuszt takarnak (pl. özvegyi nyugdíjas, egyéb inaktív kereső, segítő családtag), vagy nem voltak relevánsak az aktivitás és az egészség kapcsolata szempontjából (pl. első ízben állást kereső, sorkatona), ráadásul nagyon alacsony elemszámokkal szerepeltek, ezért kihagytam őket az elemzésből.

vonatkozik, ezért a változó az alkalmazottak esetében sem feleltethető meg a foglalkoztatás gyakoriságának: ha valakinek a megelőző évben legalább egy hónapig volt főállása, de a kérdezést megelőző hónapban éppen nem, akkor az adatbázis szerint nem volt aktív, miközben a foglalkoztatottsága nullától különbözött. Az egyszerűség kedvéért a munkanélkülieket az elemzésben „inaktívnak” hívom, terminológiailag merőben helytelen módon.

Az inaktívvá válást mutató változókat úgy képeztem, hogy csak azokat vettem figyelembe, akik az első időszakban aktívak voltak, a másodikban pedig valamelyik inaktivitási kategóriába kerültek. Vagyis ebben az esetben nem kell szűrőfeltételt alkalmaznom, hiszen maguk a változók szűrték ki a mintából azokat, akik eredetileg nem voltak aktívak.

A (teljes) minta megoszlása az aktivitás változása szerint az alábbi:

24. táblázat: A minta megoszlása aktivitási kategóriák szerint a két időszakban

		Első időszak									
		Aktív		Nyugdíjas		Rokkant-nyugdíjas		Munkanélküli		Egyéb inaktív	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Második időszak	Aktív	2619	81,2%	64	1,4%	28	2,4%	75	27,1%	44	7,3%
	Nyugdíjas	315	9,8%	4504	95,7%	234	20,6%	50	18,2%	44	7,2%
	Rokkant-nyugdíjas	138	4,3%	99	2,1%	861	75,8%	32	11,6%	76	12,4%
	Munkanélküli	104	3,2%	0	0,0%	1	,1%	48	17,5%	35	5,7%
	Egyéb inaktív	48	1,5%	40	,9%	13	1,1%	71	25,6%	412	67,4%

A munkanélküliek kategóriájától eltekintve valamennyi kategória relatíve stabil: akik aktívak voltak, jellemzően azok is maradtak, és így tovább. Jól látható, hogy a nyugdíjasok és rokkantnyugdíjasok az aktivitásba elenyésző számban tértek csak vissza. Az is feltűnő, hogy az első időszak munkanélküliinek a második időszakban csak kevesebb, mint 45%-a maradt a munkaerőpiacon aktívként vagy munkanélküliként, a többiek kiléptek. Az első időszak dolgozóinak közel 20%-a a második időszakban valamelyik inaktív kategóriába került vagy munkanélküli lett: az egészségi állapot-változásnak az erre az átmenetre gyakorolt hatásának elemzésekor őket vizsgálom.

Valamennyi elemzés esetében kontrolláltam a nemre, az (n + m + k). korra, iskolázottságra, és a korábban bemutatott (n + m + k). makrogazdasági helyzetre. Ezeken túl, mivel az átlaghoz való regresszió problémája továbbra is fennállt (hiszen például nagyon sokat javulni csak annak tudott az egészségi állapota, akinek eredetileg kifejezetten rossz volt) a kiinduló, n. egészségi állapotra is.

8.3 EREDMÉNYEK

8.3.1 AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ÉS AZ EGYÉNI GAZDASÁGI JELLEMZŐK EGYSZERŰ ÖSSZEFÜGGÉSEI

Az egészséggel való elégedettség és a foglalkoztatás/reálbér közötti kapcsolat a két-két változósor közötti korrelációs együtthatók szerint valamennyi időszakban erős és pozitív. Az alábbi táblázatban az azonos időszak egészségi állapota és jövedelme valamint foglalkoztatottsága közötti korrelációs együtthatók láthatók a teljes, vagyis életkor szerint sem szűrt mintán:

25. táblázat: Az egészségi állapottal való elégedettség, a reálbér és a foglalkoztatottság közötti korrelációs együtthatók

		Reálbér (t)	Főállás gyakorisága (t)
t = 1 Egészségi állapottal való elégedettség	Pearson/Spearman	,232**	,197**
	Szig.	,000	,000
	N	1378	1434
t = 2 Egészségi állapottal való elégedettség	Pearson/Spearman	,224**	,291**
	Szig.	,000	,000
	N	1399	1427
t = 3 Egészségi állapottal való elégedettség	Pearson/Spearman	,151**	,286**
	Szig.	,000	,000
	N	1403	1427
t = 5 Egészségi állapottal való elégedettség	Pearson/Spearman	,250**	,304**
	Szig.	,000	,000
	N	1395	1448
t = 6 Egészségi állapottal való elégedettség	Pearson/Spearman	,217**	,365**
	Szig.	,000	,000
	N	1381	1406

**p<0,01, kétoldali korreláció

Az időben eltolt adatbázisban az összevont első időszaki egészségi állapot is erősen korrelál az összevont második időszaki reálbérrel és foglalkoztatással:

26. táblázat: Az egészségi állapot összefüggése a reálbérrel és a foglalkoztatottsággal, egymást követő időszakok

	t = 2 (2., 3., 5., 6. hullám)		
		Reálbér	Főállás gyakorisága
t = 1 (1., 2., 3., 5. hullám) Egészségi állapottal való elégedettség	Pearson/Spearman	,239**	,332**
	Szig.	,000	,000
	N	7850	7850

A két időszak közötti egészségi állapot-változás és a következő két időszak közötti foglalkoztatás, illetve bérváltozás ugyanakkor nincsenek egymással korrelációban:

27. táblázat: Az egészségi állapottal való elégedettség összefüggése a bérváltozással és a foglalkoztatás gyakoriságának változásával

	t = 2 (2-3., 3-5., 5-6. hullám közötti változás)		
		Reálbér változása	Főállás gyakoriságának változása
t = 1 (1-2., 2-3., 3-5. hullám közötti változás) Egészségi állapottal való elégedettség változása	Pearson/Spearman	-,026	,014
	Szig.	,197	,158
	N	2441	10096

8.3.2 EGÉSZSÉG ÉS FOGLALKOZTATÁS/BÉR ÖSSZEFÜGGÉSE EGYMÁST KÖVETŐ IDŐSZAKOKBAN

Az „eltolt” modellben a t-edik időszakbeli egészségi állapot hatását vizsgáltam a (t + n)-edik időszakbeli reálbérre és foglalkoztatásra. Várakozásom az volt, hogy a jobb egészségi állapotúaknak magasabb lesz a foglalkoztatásuk és a bérük is a következő időszakban.

A reálbérrel való kapcsolatot csak azok esetében vizsgáltam, akik a (t + n)-edik időszakban legalább egy hónapig főállásban foglalkoztatottak voltak. A lineáris regresszió szerint nincs összefüggésben az előző évi egészségi állapot a következő évi bérrel. Azok esetében sem látszik összefüggés, akik mindkét időszakban végig foglalkoztatottak voltak.

Az egészség és a foglalkoztatottság gyakoriságának kapcsolatát azok körében vizsgáltam, akik a két időszak során összesen legalább egy hónapnyit főállásban voltak foglalkoztatottak, hogy azokat, akik stabilan kívül vannak a munkaerőpiacon, ne vonjam be az elemzésbe. A lineáris regresszió alapján az egészségi állapot és a foglalkoztatás szignifikáns összefüggésben van egymással:

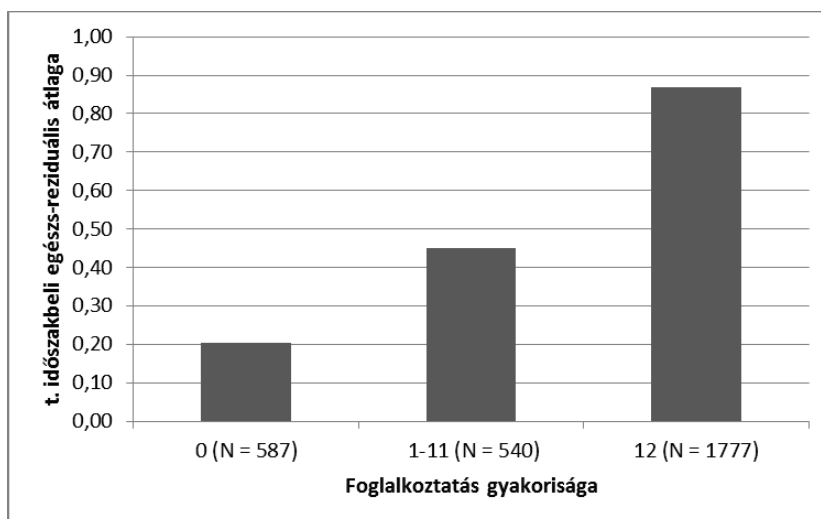
28. táblázat: A t-edik időszakbeli egészségi állapot és a (t + 1)-edik időszakbeli foglalkoztatás összefüggése lineáris regresszió alapján (Függő változó: Főállás gyakorisága t + 1)

	Nem standardizált együtthatók		Standardizált együttható (Béta)	Szig.	90%-os konfidencia-intervallum (B)	
	B	Standard hiba			Alsó határ	Felső határ
Konstans	14,882	,725		,000	13,689	16,074
Egészségi állapot (t)	,235	,031	,130	,000	,184	,286
Reálbér (t)	,000	,000	,239	,000	,000	,000
Legmagasabb iskolai végzettség (t + n)	,362	,082	,081	,000	,228	,497
Kor (t + n)	-,190	,013	-,253	,000	-,211	-,169
Nem	-,608	,166	-,062	,000	-,881	-,334
Makrogazdasági helyzet (t + n)	,603	,204	,050	,003	,268	,938

Elemzett minta: akik a két vizsgált időszakban összesen legalább 1 hónapig foglalkoztatottak voltak

Mint a módszertani bevezetőben már jeleztem, a lineáris regresszió eszköze nem kifejezetten alkalmas a foglalkoztatási adatok az elemzésére. Ezért variancia-analízissel is megvizsgáltam, valószínűsíthető-e összefüggés a foglalkoztatás és az egészségi állapot között. A t -edik időszaknak az azévi jövedelem hatásától megtisztított egészségi állapot-reziduumának átlaga eszerint szignifikánsan összefügg azzal, hogyan alakult a $(t + 1)$ -edik időszak foglalkoztatási gyakorisága ($p < .000$)⁹⁰, amennyiben a t -edik időszaki egészség-reziduális szignifikánsan magasabb a nagyobb foglalkoztatási gyakoriságú esetekben:

90. ábra: A t -edik időszakbeli egészségi állapot és a $(t + 1)$ -edik időszakbeli foglalkoztatás összefüggése variancia-analízis alapján



8.3.3 AZ EGÉSZSÉGVÁLTOZÁS ÉS A FOGLALKOZTATÁS-/BÉRVÁLTOZÁS ÖSSZEFÜGGÉSE EGYMÁST KÖVETŐ IDŐSZAKOKBAN

Az egészségváltozás hatását illetően azt vártam, hogy az egészségi állapot romlása a foglalkoztatás és a bér csökkenésével jár együtt. A 219. oldalon már bemutattam, hogy maguk a változást mutató változók egymással nem korrelálnak, vagyis nincs olyan egyértelmű összefüggés esetükben, mint amit a kiinduló változók esetében tapasztalhattunk.

Az egészségi állapot és a különféle módokon specifikált jövedelem változásának összevetése alapján a két változó között nem mutatható ki szignifikáns összefüggés.

Az egészségi állapot és a foglalkoztatás változása ezzel szemben a mindkét tényező változásának különféle specifikációi esetén is szignifikánsan függ össze egymással. Azoknak, akiknek nagy mértékben romlott az egészségi állapotuk, sokkal nagyobb eséllyel romlott a foglalkoztatási helyzetük, mint akiknek nem változott vagy javult.

29. táblázat: Az egészségi állapot változásának és a foglalkoztatás változásának összefüggése. Független változó: Csökkent-e a foglalkoztatása? (Referencia: Nem csökkent)

⁹⁰ A reziduum alsó kvartilisének értéke -0,7, felső kvartilisének értéke 2,75, vagyis ezek az értékek valóban jelentős különbségeket takarhatnak.

	Szig.	Esélyhányados	90%-os konfidencia-intervallum	
			Alsó	Felső
11 kategóriás egészségváltozó (ref.: nem változott)	,000			
+1	,669	,939	,738	1,195
+2	,990	,998	,768	1,297
+3	,392	1,176	,861	1,605
+4	,871	1,039	,704	1,534
+5 vagy annál nagyobb javulás	,005	1,904	1,311	2,767
-1	,041	,759	,609	,948
-2	,006	,672	,530	,853
-3	,544	,907	,696	1,182
-4	,005	,569	,409	,791
-5 vagy annál nagyobb romlás	,000	,461	,340	,625
Életkor (t + m + k)	,000	,912	,902	,922
Nem (ref.: nő)	,684	1,035	,900	1,190
Legmagasabb iskolai végzettség (t + m + k) (ref.: felsőfokú)	,000			
Legfeljebb 8 általános	,000	,363	,295	,445
Legfeljebb szakmunkásképző	,000	,389	,316	,480
Legfeljebb érettségi	,000	,587	,478	,722
Makrogazdasági helyzet (t + m + k) (ref.: jó makrohelyzet)	,008	1,242	1,085	1,422
Kiinduló egészségi állapot (t)	,000	1,140	1,106	1,174
Konstans	,000	186,993		

Vizsgált minta: akik a (t + m) és a (t + m + k) időszakban összesen legalább egy hónapig foglalkoztatottak voltak

Látható, hogy minél nagyobb mértékben romlott valakinek az egészségi állapota, annál kisebb eséllyel maradt ugyanolyan mértékben foglalkoztatott (kivéve azt, amikor 3 egységet romlott az egészség, ekkor nincs szignifikáns összefüggés). A nagy mértékben javuló egészségi állapotúakat ezzel szemben, szintén a várakozásoknak megfelelően, kisebb mértékben fenyegeti a foglalkoztatottság csökkenése.

Annak az esélye, hogy valaki a második időszakban már egy hónapnyi foglalkoztatással se rendelkezzen, miközben az első időszakban még nem 0 volt a foglalkoztatása (vagyis hogy kikerüljön a munkaerőpiacról), kétszer akkora azok esetében, akiknek jelentősen romlott az egészségi állapotuk, azokhoz képest, akiknek csak legfeljebb egy egységet romlott, nem változott, vagy javult:

30. táblázat: Az egészségi állapot romlásának hatása a foglalkoztatottság elvesztésére, logisztikus regresszió alapján – Függő változó: Ha az első időszakban legalább egy hónapot foglalkoztatott volt, hogy alakult a foglalkoztatása a második időszakban?; 0 = Bentmaradt 1 = Kikerült (ref.)

	Szig.	Esélyhányados	90%-os konfidencia-intervallum	
			Alsó	Felső
11 kategóriás egészségváltozó (ref.: nem változott)	,000			
+1	,579	,902	,665	1,224
+2	,462	1,150	,842	1,571
+3	,238	,759	,518	1,114
+4	,609	,866	,545	1,375
+5 vagy annál nagyobb javulás	,014	,505	,320	,799
-1	,321	1,181	,897	1,555
-2	,030	1,471	1,097	1,973
-3	,969	,992	,710	1,387
-4	,418	1,230	,808	1,874
-5 vagy annál nagyobb romlás	,000	2,891	2,019	4,140
Életkor (t + m + k)	,000	1,164	1,147	1,181
Nem (ref.: nő)	,624	1,053	,885	1,254
Legmagasabb iskolai végzettség (t + m + k) (ref.: felsőfokú)	,000			
Legfeljebb 8 általános	,000	3,419	2,634	4,438
Legfeljebb szakmunkásképző	,000	2,720	2,072	3,572
Legfeljebb érettségi	,001	1,758	1,338	2,310
Makrogazdasági helyzet (t + m + k) (ref.: jó makrohelyzet)	,001	,717	,608	,845
Kiinduló egészségi állapot (t)	,000	,866	,835	,899
Konstans	,000	,000		

Vizsgált minta: teljes minta

Ugyan itt kevesebb a szignifikáns összefüggés, de a nagy mértékben megromlott egészségi állapotúak esetében majdnem háromszoros az esélye a foglalkoztatásból való teljes kiszorulásnak azokhoz viszonyítva, akiknek nem változott az egészségi állapotuk, miközben azoknak, akiknek jelentősen javult az egészségük, csak mintegy feleakkora.

A foglalkoztatás mennyiségi változása szoros, de nem is kizárólagos összefüggésben van az aktivitási státusz szerinti átmenetekkel. Azoknak, akiknek csökkent a foglalkoztatásuk, több mint a fele (55%) kilépett a munkaerőpiacról, vagy munkanélküli lett. Ezért megvizsgáltam, befolyásolja-e az egészségi állapot változása az aktivitásból az inaktivitásba történő átlépést. Négy kategóriát vizsgáltam: a nyugdíj, a rokkantnyugdíj, a munkanélküliség és az „egyéb inaktív” kategóriáját. Annak, hogy aktívból inaktív lett, tekintet nélkül annak formájára, szignifikánsan és lényegesen magasabb az esélye azok között, akiknek romlott az egészségi állapotuk:

31. táblázat: Az egészségi állapot romlásának hatása az inaktívvá válásra, logisztikus regresszió alapján – Függő változó: Ha az első időszakban aktív volt, hogy alakult a foglalkoztatása a második időszakban?; 0 = aktív maradt, 1 = inaktívvá vált (ref.)

	Szig.	Esélyhányados	90%-os konfidencia-intervallum	
			Alsó	Felső
11 kategóriás egészségváltozó (ref.: nem változott)	,000			
+1	,888	1,026	,762	1,382
+2	,223	,778	,555	1,092
+3	,872	1,038	,712	1,512
+4	,372	1,269	,818	1,968
+5 vagy annál nagyobb javulás	,003	,411	,252	,670
-1	,472	1,133	,852	1,508
-2	,014	1,563	1,160	2,106
-3	,131	1,343	,974	1,850
-4	,007	1,929	1,292	2,880
-5 vagy annál nagyobb romlás	,000	2,334	1,604	3,397
Életkor (t + m + k)	,000	1,096	1,083	1,110
Nem (ref.: nő)	,022	1,279	1,071	1,527
Legmagasabb iskolai végzettség (t + m + k) (ref.: felsőfokú)	,000			
Legfeljebb 8 általános	,000	3,199	2,459	4,163
Legfeljebb szakmunkásképző	,000	2,343	1,776	3,091
Legfeljebb érettségi	,003	1,624	1,241	2,126
Makrogazdasági helyzet (t + m + k) (ref.: jó makrohelyzet)	,000	,548	,465	,646
Kiinduló egészségi állapot (t)	,000	,865	,834	,897
Konstans	,000	,003		

Részletesebben megvizsgálva ugyanakkor az inaktivitás formáját, csak a rokkantnyugdíj esetében látszik szignifikánsan magasabb esélye az „idekerülésre” azoknak, akiknek számottevően romlott az egészségi állapotuk. Akinek legalább 5 egységnyi romlott az egészségi állapota, annak 12-szer, akinek 4-et, annak majdnem 8-szor, akinek 3-at, annak kétszer, akinek kettőt, annak négy és félszer, és még akinek egyet romlott, annak is kétszer nagyobb az esélye a rokkantnyugdíjassá válásra, mint akinek nem változott az egészsége, a jelentősen javuló egészségűeknek ugyanakkor ötödakkora sincs:

32. táblázat: Az egészségi állapot romlásának hatása arra, hogy aktívból rokkantnyugdíjassá vált-e valaki, logisztikus regresszió alapján – Függő változó: Ha az első időszakban aktív volt, rokkantnyugdíjassá vált-e a második időszakban?; 0 = aktív maradt, 1 = rokkantnyugdíjas lett (ref.)

	Szig.	Esélyhányados	90%-os konfidencia-intervallum	
			Alsó	Felső
11 kategóriás egészségváltozó (ref.: nem változott)	,000			
+1	,748	1,123	,621	2,028
+2	,373	,670	,319	1,404
+3	,261	,572	,252	1,296
+4	,349	,590	,233	1,493
+5 vagy annál nagyobb javulás	,008	,174	,059	,512
-1	,071	1,939	1,060	3,545
-2	,000	4,508	2,584	7,864
-3	,055	2,306	1,127	4,716
-4	,000	7,949	4,011	15,755
-5 vagy annál nagyobb romlás	,000	12,282	6,269	24,061
Életkor (t + m + k)	,309	,982	,955	1,011
Nem (ref.: férfi)	,715	,926	,655	1,308
Legmagasabb iskolai végzettség (t + m + k) (ref.: felsőfokú)	,001			
Legfeljebb 8 általános	,145	1,575	,943	2,632
Legfeljebb szakmunkásképző	,014	2,116	1,280	3,499
Legfeljebb érettségi	,468	,785	,454	1,357
Makrogazdasági helyzet (t + m + k) (ref.: jó makrohelyzet)	,013	,617	,448	,848
Kiinduló egészségi állapot (t)	,000	,625	,582	,672
Konstans	,848	1,216		

Az egészségi állapot romlása és a nyugdíjba menetel között nem látszik szignifikáns összefüggés, az egészség jelentős javulását ugyanakkor a nyugdíjazás esélyének szignifikáns csökkenése követi:

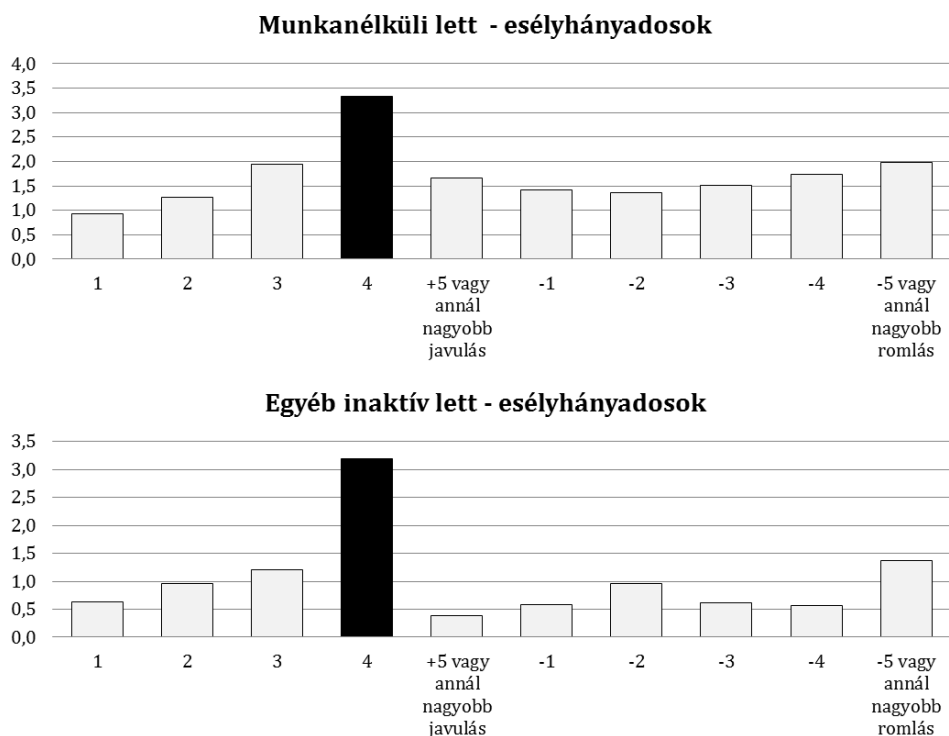
33. táblázat: Az egészségi állapot romlásának hatása arra, hogy aktívból nyugdíjassá vált-e valaki, logisztikus regresszió alapján – Függő változó: Ha az első időszakban aktív volt, nyugdíjassá vált-e a második időszakban?; 0 = aktív maradt, 1 = nyugdíjas lett (ref.)

	Szig.	Esélyhányados	90%-os konfidencia-intervallum	
			Alsó	Felső
11 kategóriás egészségváltozó (ref.: nem változott)	,350			
+1	,881	1,038	,691	1,558
+2	,239	,715	,448	1,142
+3	,682	1,141	,672	1,936
+4	,502	1,292	,690	2,418
+5 vagy annál nagyobb javulás	,035	,397	,193	,817
-1	,808	,943	,633	1,405
-2	,976	,992	,638	1,543
-3	,134	1,481	,963	2,277
-4	,860	1,073	,556	2,070
-5 vagy annál nagyobb romlás	,586	1,227	,662	2,276
Életkor (t + m + k)	,000	1,207	1,186	1,229
Nem (ref.: férfi)	,000	,454	,348	,592
Legmagasabb iskolai végzettség (t + m + k) (ref.: felsőfokú)	,000			
Legfeljebb 8 általános	,000	3,333	2,342	4,741
Legfeljebb szakmunkásképző	,595	1,149	,747	1,766
Legfeljebb érettségi	,028	1,620	1,128	2,327
Makrogazdasági helyzet (t + m + k) (ref.: jó makrohelyzet)	,000	,430	,341	,543
Kiinduló egészségi állapot (t)	,031	,933	,886	,984
Konstans	,000	,000		

A kor növekedésével egy pontig ez a kapcsolat erősödik: az 55 év felettiiek esetében például csak negyedakkora eséllyel vonult nyugdíjba az, akinek jelentősen javult az egészségi állapota.

Az eddigiekben bemutatott összefüggések megfelelnek az előzetes várakozásoknak, amennyiben az egészségi állapot változása megegyező irányú foglalkoztatás-változással jár együtt. A munkanélkülivé és az egyéb inaktívvá válás ugyanakkor két egészségváltozás-kategóriában is erős negatív összefüggést mutat az egészségváltozással. Azok között, akiknek négy egységet javult az egészségi állapota, több mint háromszor akkora a munkanélkülivé és az „egyéb inaktívvá” válás esélye is, mint azok között, akiknek nem változott az egészsége:

91. ábra: A munkanélkülivé illetve az inaktívvá válás esélyének összefüggése az egészségi állapot változásával (Függő változó: Munkanélküli/Egyéb inaktív lett-e a második időszakban, ha az első időszakban aktív volt? Ref.: Munkanélküli/Egyéb inaktív lett. Egészségváltozó ref.: Nem változott az egészsége.)



A szignifikáns összefüggéseket sötétebb színnel jelöltem.

Megjegyzés: A teljes regressziós táblákat a mellékletben közlöm.

Fontos ugyanakkor észben tartani, hogy éppen ezekben az esetekben az elemszám már nagyon alacsony, vagyis az eredmények megbízhatóságát fenntartásokkal kell kezelni:

34. táblázat: Azok megoszlása az (n + m + k). aktivitási státusz és a megelőző egészségváltozás szerint, akik az (n + m). időszakban aktívak voltak (N)

	Aktivitási státusz 2.				
	Aktív	Nyugdíjas	Rokkantnyugdíjas	Munkanélküli	Egyéb inaktív
Egészségi állapot: nem változott	651	75	21	19	12
+1	283	40	17	7	3
+2	208	24	7	7	4
+3	129	17	6	7	3
+4	65	13	4	6	5
min +5	100	9	3	5	1
-1	363	38	15	13	4
-2	250	30	23	9	4
-3	214	32	9	9	2
-4	98	12	12	6	1
min -5	115	13	15	7	3

8.4 MEGBESZÉLÉS, ÖSSZEGZÉS

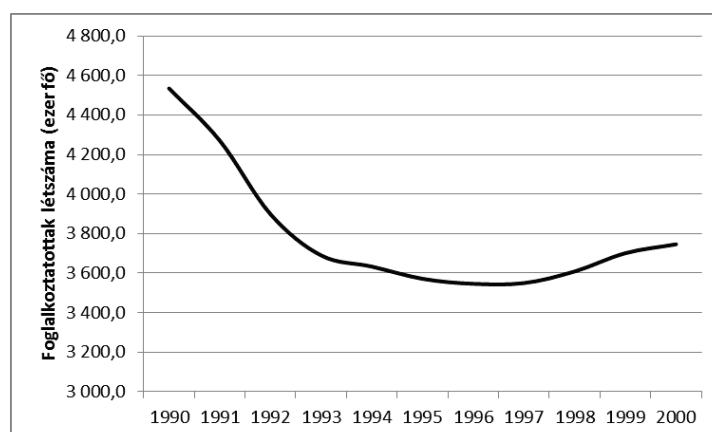
Az eredmények értékelése előtt ismét fel kell hívnom a figyelmet arra, hogy a Háztartáspanel adatai 20-25 évvel ezelőttről származnak, következtetések tehát csak arra az időszakra vonhatók le belőlük. Arra azonban mindenképpen alkalmasak, hogy rámutassanak bizonyos, Magyarországon mindeddig kevés figyelmet kapott összefüggésekre. Ugyancsak fontosnak tartom ismét kiemelni az egészségi állapot mérésének, az egészségváltozás értelmezésének lehetőségeit és korlátait, amiről a fejezet elején hosszan írtam. Ebben az esetben ez nem nüansznyi módszertani különbség: akár az eredmény fordulhat meg azon, hogyan értelmezzük az egészségi állapotot és annak romlását, mit tekintünk annak és mit nem. A nemzetközi szakirodalomban például használatos az úgynevezett „egészség-sokk”, például egyszeri akut kórházi epizód az egészségi állapot-romlás mutatójaként. Itt az a vizsgálat tárgya, hogy egy-egy ilyen „sokknak” van-e hatása a későbbi jövedelemre és foglalkoztatásra (García-Gómez, et al., 2013). Ennek a mutatónak is megvannak a maga hátrányai és veszélyei, de lehetnek olyan esetek, amikor bizonyos szempontból és bizonyos korlátok között megbízhatóbban jelzi azt, hogy „valami történt”, mint az önbevalláson alapuló, szubjektív mutató.

Az elemzés alapján az egészségi állapot hatással van az egyéni szintű gazdasági teljesítményre, egész pontosan a foglalkoztatásra, miközben a bérrel nem áll közvetlen kapcsolatban. Ez összhangban áll a fejezet elméleti bevezetőjében bemutatott szakirodalmi tapasztalatok egy részével, és összefügghet Forbes és munkatársainak (2010) eredményeivel, akik azt találták, hogy az egészségi állapot a foglalkoztatásra jelentős hatással van, aki azonban „bent marad” a munkaerőpiacon, annak nem fog csökkenni a fizetése attól, hogy romlik az egészségi állapota.

Az, hogy az egészségi állapot romlása növeli a rokkantnyugdíjassá válás esélyét, önmagában nem különösebben meglepő. Ez az összefüggés az egészségi állapot romlásának hatása mellett még egy fontos információval szolgál: belőle kiindulva úgy tűnik, a rokkantnyugdíj intézménye mégsem volt annyira diszfunkcionális, mint amennyire annak gondolták, hiszen a romló egészségi állapotúak nagyobb, a javuló egészségi állapotúak pedig kisebb eséllyel kerültek ebbe a státuszba. Felvetődik ugyanakkor a kérdés, hogy ezeknek a megromlott egészségű embereknek az esetében nem lett volna-e lehetőség arra, hogy tovább dolgozzanak – más körülmények között, más munkakörben, de továbbra is aktívan. Erre a kérdésre ezek az adatok nem adnak választ. Szintén az egészségi állapot hatását mutatja az, hogy az egészségi állapot javulása csökkenti a nyugdíjba menetel esélyét, vagyis aki a saját egészségét jobbnak érzi, az inkább marad bent a munkaerőpiacon, mint a kortársai.

Az, hogy a munkanélkülivé válás nem függ össze az egészségi állapottal, ellentmond, de bizonyos értelemben összhangban is van Tardos Katalin (1995) eredményeivel, melyek szerint már a rendszerváltást megelőző néhány évben jellemző volt a rosszabb egészségi állapotúak kiszorulása a munkaerőpiacról. A vizsgált mintán ez nem volt tapasztalható, de ennek több oka is lehet, és csak az egyik az, hogy egyáltalán nincs hatással a munkanélkülivé válásra az egészségi állapot. Például lehet, hogy a foglalkoztatás szempontjából kiegyensúlyozottabb időszakokban gyengébb ez a kapcsolat, és akkor jut csak komoly, mérhető jelentőséghez az egészségi állapot hatása, amikor jelentősen csökken a foglalkoztatás. A vizsgált időszakokban ez már nem volt így:

92. ábra: A foglalkoztatottak létszámának alakulása, 1990-2000



Adatok forrása: (Bálint, 2011)

Mint látható, és mint azt korábban már bemutattam, a foglalkoztatás drámai csökkenése nagyjából 1993-ig lezajlott – bár ezt követően is csökkent még a foglalkoztatás nagyjából 1997-ig, de sokkal kisebb mértékben. Ebből a szempontból fontos volna megvizsgálni a 2008-as gazdasági válság foglalkoztatási hatását.

Az egészségi állapot hatása az „egyéb inaktívvá” válásra nem illeszkedik az előzetes várakozásaimhoz. Ezért ez a kérdés további vizsgálatot igényelne, a rendelkezésre álló adatok azonban ezt, a szóban forgó csoport alacsony létszáma miatt, nem teszik lehetővé. Ugyanemiatt azonban maga a várakozásoknak ellentmondó eredmény is óvatossággal kezelendő.

Mindent egybevéve elmondható, hogy a rendszerváltást követő évtized vizsgált éveiben az egészségi állapot romlása munkaerőpiaci következményekkel járt, és pedig a foglalkoztatottság csökkenésével. Vagyis azok, akiknek romlott az egészségük, sokkal kisebb eséllyel maradtak bent a munkaerőpiacon, és nagyobb eséllyel szorultak ki arról nem foglalkoztatott státuszokba. Mindennek fényében, az egészségi állapot hatásainak elemzése szempontjából különösen nagy tudományos veszteség, hogy jelenleg nincs Magyarországon olyan panel-adatgyűjtés, amely a jelen időszakra vonatkozóan lehetővé tenné hasonló elemzéseket.

ÖSSZEFOGLALÁS

Dolgozatomban az egészségi állapot társadalmi-gazdasági összefüggésrendszerét jártam körbe. Az első részben a WHO elméleti keretét alkalmazva bemutattam az egészségi állapot és az egészség-egyenlőtlenségek társadalmi meghatározóinak modelljét és a modell összetevőinek, ezzel összefüggésben pedig az egészségi állapot és az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek alakulását Magyarországon a rendszerváltást követően. A dolgozat második részében az egészségi állapot gazdasági hatásaira koncentráltam. Az itt bemutatott elemzéseimben egyrészt becslést tettem a rossz egészségi állapot okozta költségek illetve veszteségek teljes nagyságrendjére, valamint bemutattam, hogy az egészségi állapot és a foglalkoztatottság egyéni szinten is kimutatható összefüggésben vannak egymással.

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT MAGYARORSZÁGON

A dolgozatomban bemutatott adatok alapján Magyarországon a társadalom átlagos, általános egészségi állapota európai viszonylatban rossz: a születéskor várható élettartam elmarad az ország gazdasági fejlettsége alapján várhatótól, az egészségi állapot társadalmi és területi egyenlőtlenségei nagyok, és rendszerváltás óta többszörösükre növekedtek. Bár ez a növekedés megállni látszik, csökkenésbe nem fordult. Nemzetközi összevetésben nagyon nagyok az iskolázottság szerinti egyenlőtlenségek. A legrosszabb helyzetben az alacsonyan képzett férfiak vannak: az ő egészségi állapotuk az elmúlt húsz évben összességében rosszabbodott, amire nincs példa a fejlett világ országaiban. Életkilátásaik romlásának hátterében mint az „okok oka” az alacsony képzettség és az ezzel összefüggő egyéb társadalmi tényezők állnak. Ezekből fakadnak a rosszabb egészséget okozó közvetlen kiváltó okként egyrészt az életmóddal összefüggő tényezők, másrészt pedig az őket érő krónikus stressz magas szintje. Kiemelkedően nagyok a férfiak és a nők közötti egyenlőtlenségek is mind a várható élettartam, mind az elvesztett életévek tekintetében. Jelentősek az egyenlőtlenségek az önbecslésen alapuló egészségi állapot tekintetében is, és az elmúlt években a különböző társadalmi csoportok szubjektív egészségének jelentős távolodását mutatják.

AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT FELTÉTELEIT ALAKÍTÓ TÁRSADALMI STRUKTÚRA

Az egészségi állapot alakulásának hátterében álló, strukturális okok elemzése során kiderült, hogy bár az elmúlt két évtizedben az iskolázottság átlagos szintje folyamatosan nőtt Magyarországon, azoknak az aránya, akik az általános iskolát elvégzik ugyan, de érettségit már nem szereznek, csak kis mértékben emelkedett. A magyar iskolarendszer nagy mértékben szegregált. Ezzel függ össze, hogy ahelyett, hogy csökkentené, felerősíti a gyerekek közötti társadalmi egyenlőtlenségek hatását. Az oktatás nemzetközi összevetésben gyenge teljesítményű. A munkaerőpiaci aktivitás és ezzel összefüggésben a foglalkoztatás szintje nemzetközi összehasonlításban tartósan nagyon alacsony. Különösen alacsony a képzetlenek és az idősebb munkavállalók foglalkoztatása. A jövedelmi helyzet szempontjából relatív értelemben nem nagyok a magyarországi egyenlőtlenségek, az abszolút értelemben vett deprivációt tekintve azonban igen. Relatív

értelemben véve is nagy a szegények aránya az alacsonyan képzettek, a vidékiek, a sokgyerekesek és a gyerekek között. A társadalmi struktúrát alakító mindhárom tényezőnek nagyon egyenlőtlen a földrajzi eloszlása.

A TÁRSADALMI STRUKTÚRÁT ALAKÍTÓ SZAKPOLITIKA

A társadalom struktúráját alapjaiban befolyásolják a mindenkori kormányzat szakpolitikai intézkedései – elsősorban a gazdaságpolitika, a foglalkoztatáspolitika, az oktatáspolitika, a szociálpolitika, végül – de nem utolsó sorban – az egészségpolitikai folyamatai. Az ország gazdasági teljesítménye elsősorban az egészségi állapotra nagy hatással levő elérhető jövedelem szintjének meghatározójaként bír jelentőséggel szűkebb témám szempontjából, valamint a közszolgáltatások, szegénységcsökkentő intézkedések forrását jelentő újraelosztás abszolút mértét is befolyásolja. A rendszerváltás óta eltelt 25 évben a gazdaságpolitikai a növekedés és az egyensúly szempontjából változó teljesítményt nyújtott. Az egy főre jutó GDP-ben mért gazdasági felzárkózás szempontjából 1990 óta az EU15-től való távolságunk nem csökkent, és közben a régióbeli országok között is sereghajtókká váltunk. A magyar gazdaságszerkezet több értelemben véve is duális. Az üzleti körülmények a rendszerváltás óta sosem kedveztek a kis, magyar tulajdonú, nem exportra termelő vállalkozásoknak, pedig a munkaerőpiaci szempontból leginkább hátrányos helyzetben levő alacsonyan képzettek foglalkoztatásában nekik lehetne kitüntetett szerepük. Összefügg ezzel a magas adóterhek, és az ennek részben következményeként, részben okaként megjelölhető nagy arányú feketegazdaság problémája is.

Az egészségi állapottal szorosan összefüggő foglalkoztatottság terén az elmúlt évtizedek munkaerőpiaci programjai, az aktivitás szintjét tekintve mérceként, nem voltak eredményesek. Foglalkoztatási szempontból semmit nem változott az egészségi állapot egyenlőtlenségei szempontjából legrosszabb helyzetű és leginkább kiszolgáltatott, alacsonyan képzett népesség helyzete.

Nagy szerepet játszik mindebben az oktatáspolitika is: a magyar közoktatás elavult módszerekkel, alacsony hatékonysággal, a társadalmi egyenlőtlenségeket felerősítve működik. A közoktatás tehát az egyik fő közreműködője az egyenlőtlenségek, és a piacképes tudással nem rendelkező, a jelen gazdasági körülmények között foglalkoztathatatlan népesség újratermelődésének.

A már kialakult egyenlőtlenségek és szegénység hatását elviekben enyhíteni képes szociális ellátások rendszere az elmúlt időszakban egyre restriktívebbé vált. Az ellátások színvonala és elérhetősége folyamatosan csökkent, az adórendszer jóléti hatásait is figyelembe véve egyre erősödő mértékben valósít meg „fordított újraelosztást”, vagyis csoportosít át jövedelmet a társadalom eleve is jobb helyzetű csoportjai felé. 2010 óta egyre erősödő mértékben van jelen az érdemesség és a szegények hibáztatásának koncepciója: a jóléti ellátások átalakításai mögött is az a feltételezés húzódik meg, hogy a szegények szegénysége és munkanélkülisége választott állapot. Mindez súlyosan rombolja a társadalmi kohéziót.

Az egészségügyi rendszer maga is hozzájárul az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek növekedéséhez. Az ellátásokhoz való hozzáférés jelentősen különbözik a különböző

társadalmi státuszú csoportokban. Mind a szekunder prevenció, mint a gyógyító ellátások jobban hozzáférhetők a magasabb jövedelmű illetve magasabban iskolázott csoportok számára. Az alacsony jövedelműek esetében a hozzáférés legfőbb akadálya anyagi.

Mindennek háttérében a közpolitika-formálás opportunizmusa, a rövid távú egyéni érdekek vagy kényszerek „közjóval” szembeni előtérbe helyezése húzódik meg. Miközben az egy főre jutó GDP tekintetében például nem nőtt jelentősen a lemaradásunk az EU15-höz képest, az oktatásra és az egészségügyre fordított közkiadások tekintetében igen – vagyis ezekbe a hosszú távú társadalmi fejlődés szempontjából kulcsfontosságú ágazatokba nem ruháztak be a magyar kormányok, sőt, inkább a forráskivonás volt jellemző. Ezeken a területeken a többi visegrádi országhoz mért relatív helyzetünk is jelentősen romlott. Ennek számos, egymást is erősítő oka van, de nagyon hangsúlyos ezek között a mindenkori társadalmi és politikai elitek felelőssége.

PSZICHOSZOCIÁLIS KÖZEG

A társadalmi struktúra „kemény” tényezői mellett a mindennapi pszichoszociális közeg is az egészségi állapotot alakító lényegi elem. A társadalom tagjait és csoportjait összefűző „kötőanyag”, a társadalmi kohézió, valamint az egyes emberek rendelkezésére álló, a kapcsolataikban testet öltő társadalmi tőke, továbbá ezek eloszlása alapvető jelentőséggel bír az egyenlőtlenségek alakulása szempontjából. A tágabban értelmezett pszichoszociális közeg minősége számos tényezővel függ össze, köztük társadalomtörténeti jellegűekkel is. A strukturális viszonyok, az ezeket alakító közpolitika, valamint a közpolitika szimbolikus üzenetei, az általa közvetített értékek mind elvitathatatlan jelentőséggel bírnak e tekintetben.

A magyar társadalom bizalomhiányos: főleg az intézményekbe vetett bizalom szintje alacsony, de a „többi emberrel” szemben is sokakban él gyanakvás (Giczi & Sik, 2009). Az intézményekbe vetett bizalom szintje jellegzetesen összefügg a társadalmi státusszal.

Kiugróan magas Magyarországon azoknak az aránya, akik nem járnak össze a szomszédaikkal (Tóth, 2009). Ez az izoláltság is összefügg a társadalmi státusszal: a társaságba nagyon ritkán járók között lényegesen magasabb az iskolázatlanok aránya. A laza szomszédsági kapcsolatok ugyanakkor, úgy tűnik, relatíve jól működnek Magyarországon.

Értérendszerét tekintve a magyar társadalom zárt gondolkodású: alacsony a tolerancia szintje, súlytalanok a szabadságjogok, az emberek kiszolgáltatottnak érzik magukat a sorsuknak, és a politikai aktivitás tekintetében ekként is viselkednek (Keller, 2009). Attitűdjeinkben jellemző a szolidaritás hiánya és az állami gondoskodás iránt igény (Tóth, 2010). Mindezt az egyre polarizálódó, növekvő mértékben konfrontatív politikai mező keretezi (Fábián, 2012).

Az ESS 2012-es adatait elemezve kiderül, hogy Magyarországon a társadalom integráltságának csökkenéséből fakadó veszteségek az alacsonyabb státuszú

csoportoknál koncentrálnak, miközben a kohézió/társadalmi tőke bizonyos komponensei esetükben erősebb összefüggést mutatnak az egészségi állapottal.

AZ EGÉSZSÉG GAZDASÁGI HATÁSAI

Az egészségi állapot és a gazdasági teljesítmény összefüggésének vizsgálata módszertanilag összetett, és részben ennek következtében jelenleg is élénk vita tárgya a szakirodalomban.

Az egészségi állapot gazdasági hatásainak legtágabb értelmezési kerete a teljes, a társadalmi jólétre gyakorolt hatásra fókuszál, a legszűkebb értelmezés csak a konkrét egészségügyi kiadásokat veszi figyelembe. A két szélső megközelítés közötti sávban az egészségnek mint a gazdasági teljesítmény, a termelés egy tényezőjének a hatásait veszik figyelembe a kutatások.

Az egészségi állapot gazdasági hatásainak mérését számos módszertani probléma nehezíti. A legnehezebben áthidalható ezek közül az egészségi állapot endogenitása, vagyis hogy az egészség és a gazdasági teljesítmény közötti oksági kapcsolat kétirányú. Több évszázadra visszatekintő történeti kutatások szerint az ezalatt az idő alatt bekövetkezett gazdasági növekedés 30-40%-a tudható be a javuló egészség, javuló erőnlét hatásának.

A mikroszintű megközelítés szerint az egyének egészségi állapota hatással van munkakínálatukra, a termelékenységükre, a fizikai tőke mennyiségére és annak határtermékére. Ez a perspektíva elsősorban az egészség itt sorolt tényezőkre gyakorolt hatását vizsgálja, és feltételezi, hogy azok befolyással vannak a gazdasági teljesítményre.

A makroökonómiai megközelítés a valamilyen módon aggregált egészségi állapot makroszintű gazdasági teljesítményre gyakorolt hatását vizsgálja. Jellegzetes fejlemény a makroökonómiai növekedési modellekben az egészségi állapot endogenizálása, vagyis a modellen belülről fakadóként kezelése.

A BETEGSÉGEK KÖLTSÉGEI MAGYARORSZÁGON

Annak becslésekor, hogy mekkora költséget okoznak a betegségek Magyarországon egy év során, a szakirodalmi gyakorlatot követve a közvetlen köz- és magánkiadásokat és a közvetett költségek körét is figyelembe kell venni, utóbbin belül az idő előtt elhunytak, a nyugdíjkorhatárnál fiatalabb rokkantnyugdíjasok, a táppénzesek kiesett termelését, és azok kiesett termelését is, akik nem tökéletes egészségi állapotban vannak jelen a munkahelyükön (presenteeism). Utóbbi becsléshez a TÁRKI 2013. decemberi Omnibusz adatbázisát használtam. Az eredmények szerint a betegségek teljes költsége 2013-ban középtérten az azévi GDP 11,45%-át tették ki. Ennek közel fele a közvetlen közkiadások aránya, 26%-os a magánkiadások aránya, és a teljes költség egynegyede a közvetett kiadások mértéke. Önmagában a presenteeism az éves GDP fél százalékát tette ki.

AZ EGYÉNI EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT HATÁSA A JÖVEDELEMRE ÉS A FOGLALKOZTATÁSRA

Az 1992 és 1997 között felvett TÁRKI Háztartáspanel adatai alapján becslést tettem arra, hogyan befolyásolta ebben az időszakban az egyéni egészségi állapot a munkaerőpiaci részvételt és a munkabért. A lineáris és logisztikus regresszióval kapott eredmények szerint az egységnyi munkabérre nincs szignifikáns hatással az egészségi állapot alakulása, a munkaerőpiaci részvételt ellenben csökkenti. Elemzésemben igyekeztem a korábban bemutatott módszertani kihívásokat kezelni, ezért az egymást követő időszakok közötti egészségi állapot-, foglalkoztatás- és jövedelem-változás összefüggését vizsgáltam. Azt találtam, hogy attól függően, mennyit romlott valakinek az egészségi állapota, 30-50%-kal alacsonyabb eséllyel maradt változatlan a foglalkoztatási helyzete, ha eredetileg nem 0 volt. A romló egészségi állapot elsősorban a rokkantnyugdíjazás esélyét növeli (azok, akinek jelentősen romlott az egészsége, 12-szer akkora eséllyel lesznek rokkantnyugdíjasok, mint akiknek nem változott), de az egészségi állapot feltehetően hatással van a nyugdíjba vonulási döntésre is.

Végezetül szeretném kiemelni a dolgozatnak azokat az elemeit, amelyek új eredményeket jelentenek a magyar szakirodalomban. A dolgozat egyik újszerűsége a komplex és kétirányú megközelítése. Ez rávilágít arra, hogy az egészségi állapot alakulása nem elsősorban egyéni döntéseken, vagy pusztán az egészségügyi rendszer formális felépítésén múlik. Mindezek természetesen nem új felfedezések Magyarország esetében sem. Dolgozatom újabb kísérlet arra, hogy egyrészt megértesse, mennyire fontosak, és az egészségi állapot pusztán egyéni hasznosságán túlmutatóak az egészségi állapot javítására irányuló törekvések a hosszú távú társadalmi és gazdasági fejlődés szempontjából. Másrészt a dolgozat hozzá kíván járulni annak a jobb megértéséhez, átértékeléséhez, hogy mi is tekinthető az egészségi állapot javítására tett erőfeszítésnek: az itt bemutatottaknak megfelelően egészen szerteágazó azon beavatkozásoknak a köre, amelyekkel az egészségi állapot rövidebb vagy hosszabb időtávon javítható. Harmadrészt ugyanakkor ez utóbbi szempont másik oldala is nagy jelentőséggel bír: gyakorlatilag bármilyen közpolitikai intézkedésnek hatása van az egészségi állapotra, és ezzel a hatással az intézkedés meghozatalakor számolni kell.

IRODALOMJEGYZÉK

- Acemoglu, D. & Johnson, S., 2007. Disease and Development: The Effect of Life Expectancy on Economic Growth. *Journal of Political Economy*, p. 925–85. <http://economics.mit.edu/files/4478>
- Acemoglu, D. & Johnson, S., 2014. *Disease and development: A reply to Bloom, Canning and Fink*, NBER Working Paper 20064. <http://www.nber.org/papers/w20064.pdf>
- Acemoglu, D. & Robinson, J., 2008. *The Role of Institutions in Growth and Development*, The World Bank, on behalf of the Commission on Growth and Development. <http://siteresources.worldbank.org/EXTPREMNET/Resources/489960-1338997241035/Growth Commission Working Paper 10 Role Institutions Growth Development.pdf>
- Acemoglu, D. & Robinson, J., 2013. *Miért bukna el a nemzetek*. Budapest: HVG Kiadói Rt.
- Ács, P., Hécz, R., Paár, D. & Stocker, M., 2011. A fittség (m)értéke. A fizikai inaktivitás nemzetgazdasági terhei Magyarországon. *Közgazdasági Szemle*, LVIII.(július-augusztus), p. 689–708. http://unipub.lib.uni-corvinus.hu/440/1/Kszemle_CIKK_1259.pdf
- Adorján, R., 2001. Az emberi élet értéke Magyarországon. *Statisztikai Szemle*, 8..(21.). http://www.ksh.hu/statszemle_archive/2001/2001_08/2001_08_669.pdf
- Adorján, R., 2004. *Az emberi élet értéke. Egy rendhagyó közgazdasági kérdés magyarországi vizsgálata*, PhD-értekezés. Budapest: Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem. http://phd.lib.uni-corvinus.hu/148/1/adorjan_richard.pdf
- Aghion, P., Howitt, P. & Murin, F., 2011. The Relationship Between Health and Growth: When Lucas Meets Nelson-Phelps. *Review of Economics and Institutions*. www.rei.unipg.it/rei/article/download/22/34
- Ágoston, L., Liska, J. & Kollányi, Z., 2008. *Magyar Fitnesz. Ki tehet az ország boldogtalanságáról?*. Budapest.: DEMOS Magyarország Alapítvány.
- Akachi, Y. & Canning, D., 2006. *Childhood Health, Nutrition, and Average Adult Height in Low-Income Countries*, Cambridge: Harvard School of Public Health. <http://paa2007.princeton.edu/papers/70371>
- Albert, F. & Dávid, B., 2009. Állami szerepvállalás – egyéni felelősség. . In: I. G. Tóth, szerk. *TÁRKI Európai Társadalmi Jelentés 2009.*. Budapest: TÁRKI. http://www.tarki.hu/hu/research/gazdkult/gazdkult_albert_david.pdf
- Allen, N. & Meyer, J., 1993. Organizational Commitment: Evidence of Career Stage Effects? *Journal of Business Research*, 26. kötet, pp. 49-61. doi: [10.1016/0148-2963\(93\)90042-N](https://doi.org/10.1016/0148-2963(93)90042-N)
- Allen, S., 1981. An Empirical Model of Work Attendance. *The Review of Economics and Statistics*, 63(1), pp. 77-87. doi: [10.2307/1924220](https://doi.org/10.2307/1924220)
- Andrén, D. & Palmer, E., 2001. *The effect of sickness on earnings*, Department of Economics, Gothenburg University. <https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/2898/1/gunwpe0045.pdf>
- Angelusz, R. & Tardos, R., 2011. Régi és új törésvonalak, polarizáció, divergenciaspirál.. In: R. Tardos, Z. Enyedi & A. Szabó, szerk. *Résztétel, képviselet, politikai változás*. Budapest: DKMKA, p. 347–382. <http://www.valasztaskutatas.hu/kiadvanyok/rkp/reshvetel-kepviselet-politikai-valtozas-1/angelusz-robert-2013tardos-robert-regi-es-uj-toresvonalak-polarizacio-divergenciaspiral>
- Antal, L., 2000. A Bokros-csomag. *Beszélő*, V.(5.). <http://beszelo.c3.hu/cikkek/a-bokros-csomag>
- Aronsson, G., Gustaffson, K. & Dallner, M., 2000. Sick but yet at work: an empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology and Community Health*, Issue 54, pp. 502-9. doi: [10.1136/jech.54.7.502](https://doi.org/10.1136/jech.54.7.502)
- Aronsson, G. & Gustafsson, K., 2005. Sickness presenteeism: prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Issue 47, pp. 958-66.
- Arora, S., 2001. Health, Human Productivity, and Long-Term Economic Growth. *The Journal of Economic History*, 61(3). <http://www.jstor.org/stable/2698133>
- Ashraf, Q. H., Lester, A. & Weil, D. N., 2008. *When Does Improving Health Raise GDP?*, NBER Working Paper No. 14449. <http://www.nber.org/papers/w14449.pdf>
- azenpenzem.hu, 2016. *azenpenzem.hu*. [Online] <http://www.azenpenzem.hu/otthonteremtes-program/> [Hozzáférés dátuma: 26 03 2016].
- Babusik, F., 2008. A romák foglalkoztatási diszkriminációja a munkaerő-piacon. *Esély*, 2008(2). http://www.esely.org/kiadvanyok/2008_2/BABUSIK.pdf

- Baker, C. & Pocock, S., 1982. Ethnic Differences in Certified Sickness Absence. *British Journal of Industrial Medicine*, 39. kötet, pp. 277-282. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1009024/pdf/brjindmed00059-0069.pdf>
- Bakó, T. és mtsai., 2014. *A munkaerőpiac peremén lévők és a költségvetés*, Budapest: Magyar Tudományos Akadémia, Közgazdaság-tudományi Intézet. <http://www.parlament.hu/documents/126660/133970/MTA+KRTK+KTI+A+munkaer%C5%91piac+perem%C3%A9n+l%C3%A9v%C5%91k+%C3%A9s+a+k%C3%B6lts%C3%A9gv%C3%A9t%C3%A9s.pdf/e21defe4-795c-439f-8ba8-c317bc858fa8>
- Balázsi, I., Ostorics, L. & Szalay, B., 2007. *PISA 2006 - Összefoglaló jelentés: A ma oktatása és a jövő társadalma*, Budapest: Oktatási Hivatal. https://www.oktatas.hu/pub_bin/dload/kozoktatas/nemzetkozi_merese/pisa/pisa2006_jelentes.pdf
- Balázsi, I., Ostorics, L., Szalay, B. & Szepesi, I., 2010. *PISA 2009 - Összefoglaló jelentés: Szövegértés tíz év távlatában*, Budapest: Oktatási Hivatal. https://www.oktatas.hu/pub_bin/dload/kozoktatas/nemzetkozi_merese/pisa/pisa_2009_osszfojl_jel_10111.pdf
- Balázsi, I. és mtsai., 2013. *PISA 2012 összefoglaló jelentés*, Budapest: Oktatási Hivatal. http://www.oktatas.hu/pub_bin/dload/kozoktatas/nemzetkozi_merese/pisa/pisa2012_osszefoglalo_jelentes.pdf
- Bálint, L., 2010. *A területi halandósági különbségek alakulása Magyarországon 1980-2006*. KSH NKI Kutatási Jelentések 90., Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet. <http://demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/kutatasijelentések/article/viewFile/380/119>
- Bálint, L. & Kovács, K., 2015. Halandóság. In: *Demográfiai Portré*. KSH Népeségtudományi Intézet. <http://demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/demografiaipotre/article/view/2485/2483>
- Bálint, M., 2011. Statisztikai adatok. In: K. Fazekas & G. Kézdi, szerk. *Munkaerőpiaci tükör 2011*. Budapest: MTA Közgazdaságtudományi Intézet - Országos Foglalkoztatási Közalapítvány, pp. 253-342. http://www.mtakti.hu/file/download/mt_2011_hun/egyben.pdf
- Barham, C. & Begum, N., 2005. *Sickness Absence from Work in the UK*, Office of National Statistics. <https://www.ons.gov.uk/ons/rel/lms/labour-market-trends--discontinued-/volume-113--no-4/sickness-absence-from-work-in-the-uk.pdf>
- Barmby, T., Ecolani, M. & Treble, J., 2003. *Sickness Absence in the UK 1984-2002*. The Economic Council of Sweden's Conference "Sickness Absence: Diagnoses and Cures", pp. 1-15. <http://www.swansea.ac.uk/welmerc/Sickness%20and%20absence.pdf>
- Barmby, T., Ercolani, M. & Treble, J., 2002. Sickness Absence: an International Comparison. *The Economic Journal*, 112. kötet, pp. 315-331. doi: 10.1111/1468-0297.00046
- Barro, R. J., 1996. *Health, Human Capital and Economic Growth*, Pan American Health Organization. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/summary?doi=10.1.1.551.4862>
- Barro, R. J., 2013. Health and Economic Growth. *Annals of Economics and Finance*, pp. 329-366. <ftp://ftp.aefweb.net/AefArticles/aef140202Barro.pdf>
- Bass, L., 2013. Gyermekszegénység és hiányos táplálkozás. *Magyar Tudomány*, július. http://epa.oszk.hu/00600/00691/00118/pdf/EPA00691_mtud_2013_07_793-801.pdf
- Beaton, D. E. és mtsai., 2010. Reliability, validity, and responsiveness of five at-work productivity measures in patients with rheumatoid arthritis or osteoarthritis. *Arthritis Care & Research*, 62(1), p. 28-37. doi: 10.1002/acr.20011
- Beatty, R. & Beatty, J., 1975. Longitudinal Study of Absenteeism of hard-core Unemployment. *Psychology Reports*, 36. kötet, pp. 395-406. doi: 10.2466/pr0.1975.36.2.395
- Békés, G., Halpern, L. & Muraközy, B., 2013. Külkereskedelem és a vállalatok közötti különbségek. *Közgazdasági Szemle*, LX.(január), pp. 1-24. http://epa.oszk.hu/00000/00017/00199/pdf/EPA00017_kozgazdasagi_szemle_2013_01_001-024.pdf
- Benavides, F., Benach, J., Diez-Roux, A. & Roman, C., 2000. How do Types of Employment relate to Health Indicators? Findings from the Second European Survey on Working Conditions. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54. kötet, pp. 494-501. doi: 10.1136/jech.54.7.494
- Benczúr, P. és mtsai., 2011. *Az adó- és transzferrendszer változásainak elemzése viselkedési mikroszimulációs modell segítségével*, Budapest: Magyar Nemzeti Bank. http://www.adko.hu/01_files/adotanulmanyok/2011/benczur-katay-kiss-reizer-szoboszalai.pdf

- Benedek, D., Firle, R. & Scharle, Á., 2006. *A jóléti újraelosztás mértéke és hatékonysága*, Budapest: Pénzügyminisztérium. http://tat.k.elte.hu/file/1177311749_17_fuzet_060809.pdf
- Bergendorff, S., 2004. *Sickness Absence in Europe – A Comparative Study*, Sweden: Swedish National Insurance Board. <https://www.issa.int/html/pdf/anvers03/topic5/2bergendorff.pdf>
- Bernát, A., 2010. Integráció a fejekben: a romák társadalmi integrációjának érzékelése és megítélése a lakosság körében. In: *Társadalmi riport 2010*. Budapest: TÁRKI. http://www.tarsadalomkutatas.hu/kkk.php?TPUBL-A-923/publikaciok/tpubl_a_923.pdf
- Bernát, A., Juhász, A., Krekó, P. & Molnár, C., 2013. *The roots of radicalism and anti-Roma attitudes on the far right*, Budapest: TÁRKI. http://www.tarki.hu/en/news/2013/items/20130305_bernath_juhasz_kreko_molnar.pdf
- Bernáth, G. & Messing, V., 2012a. Szélre tolva. *Médiakutató*, 2012(2). http://www.mediakutato.hu/cikk/2012_01_tavasz/05_roma_mediakep
- Bernáth, G. & Messing, V., 2012b. Változó médiareprezentáció - Változó romakép 1997-2011.. *Társadalmi együttélés*, 2012(4). http://epa.oszk.hu/02200/02245/00004/pdf/EPA02245_tarsadalmi_egyutteleles_2012_4_bernath_messing.pdf
- Bhargava, A., 2001. *Nutrition, Health and Economic Development: Some Policy Priorities*, Commission on Macroeconomics and Health Working Paper Series, Paper No. WG1:14. <http://fnb.sagepub.com/content/22/2/173.full.pdf>
- Blas, E. & Kurup, A. S., 2010. *Equity, social determinants and public health programmes*. Genf: WHO. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44289/1/9789241563970_eng.pdf
- Bloom, D. & Canning, D., 2000. Health and Wealth of Nations. *Science*, Issue 287. doi: 10.1126/science.287.5456.1207
- Bloom, D. & Canning, D., 2010. Population health and economic growth. In: *Health and growth*. Washington DC: World Bank, Commission on Growth and Development. doi: 10.1596/978-0-8213-7659-1
- Bloom, D. & Canning, D. G. B., 2003. Longevity and Life-cycle Savings. *Scandinavian Journal of Economics*, 105(3), p. 319-338. http://eml.berkeley.edu/~bgraham/Published/ScandinavianJournalOfEconomics_v105n3_2003/BSG_ScandinavianJournalOfEconomics_v105n3_2003.pdf
- Bloom, D. E., Canning, D. & Fink, G., 2013. *Disease and Development Revisited*. Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit. <http://ftp.iza.org/dp7391.pdf>
- Bogár, Z. & Jancsics, D., 2013. József Tóttól Taxis Gyusziig: Ilyenek a strómanok. *HVG Online*, 19 szeptember. http://hvg.hu/gazdasag/20130919_Felment_a_stromanok_ara
- Bogdanovna, E. A. (szerk.), 2014. *Laboratorium – Russian Review of Social Research*, 3/2014: *Culture of Complaints in Russia and Eastern Europe* <http://www.soclabo.org/index.php/laboratorium/issue/view/17>
- Bojer, A., Hluchány, H. & Horváthné Takács, I., 2014. 2011. évi népszámlálás. 14. A népesség iskolázottsága. Budapest: KSH. http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/nepsz2011/nepsz_14_2011.pdf
- Boncz, I., 2005. A termelékenységi költségek mérésének összehasonlítása Magyarországon: emberi tőke és súrlódási költség. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 43(5).
- Bourdieu, P., 1998 (1983). Gazdasági tőke, kulturális tőke, társadalmi tőke. In: L. Gy. & S. Z., szerk. *Tőkefajták: A társadalmi és kulturális erőforrások szociológiája*. Budapest: AULA.
- Bozzoli, C., Deaton, A. & Quintana-Domeque, C., 2009. Adult Height and Childhood Disease. *Demography*, 46(4), pp. 647-669. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2809930/pdf/dem-45-0647.pdf>
- Bördös, K., 2014. A közfoglalkoztatás intézményi környezete – történeti áttekintés In: K. Fazekas & J. Varga, szerk. *THE HUNGARIAN LABOUR MARKET 2014*. Budapest: Institute of Economics of the Hungarian Academy of Science. http://econ.core.hu/file/download/mt_2014_hun/kozelkep_21.pdf
- Brazenor, R., 2002. Disabilities and labour market earnings in Australia. *Australian Journal of Labour Economics*, 5(3), p. 319-334..
- Brown, H., Burton, N., Gilson, N. & Brown, W., 2014. Measuring presenteeism: which questionnaire to use in physical activity research? *Journal of physical activity and health*, 11(2), pp. 241-248. doi: 10.1123/jpah.2011-0307
- Burton, W. és mtsai., 2006. The association between health risk change and presenteeism change. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 48(3), pp. 252-263..

- Cacioppo, J. és mtsai., 2006. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21(1), pp. 140-151.
- Cai, L., 2007. *Effects of Health on Wages of Australian Men*, Melbourne: Melbourne Institute. http://www.natsem.canberra.edu.au/storage/Effects%20of%20Health%20on%20Wages%20of%20Australian%20men_WK.pdf
- Canfield, G. & Soash, D., 1955. Presenteeism - a constructive view. *Industrial Medicine and Surgery*, 24(9), pp. 417-418.
- Case, A., Fertig, A. & Paxson, C., 2004. *From Cradle to Grave? The Lasting Impact of Childhood Health and Circumstance*, NBER Working Paper 9788. <http://www.nber.org/papers/w9788.pdf>
- Catalano, R. és mtsai., 2011. The health effects of economic decline. *Annual review of public health*, 32. kötet, pp. 431-450. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031210-101146
- Caughy, M. O., O'Campo, P. J. & Muntaner, C., 2003. When being alone might be better: neighborhood poverty, social capital, and child mental health. *Social Science & Medicine*, 2003(57), p. 227-237..
- Cervelatti, M. & Sunde, U., 2009. *Life Expectancy and Economic Growth: The Role of the Demographic Transition*. IZA. <http://ftp.iza.org/dp4160.pdf>
- Coleman, J. S., 1994 (1990). Társadalmi tőke. In: L. Gy. & S. Z., szerk. *A gazdasági élet szociológiája*. Budapest: AULA.
- Commission on social determinants of health, 2008a. *Closing the gap in a generation. Final report*, Genf: WHO. http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf
- Connex Kft., 2012. Háttér tanulmány – A szociális és lelki támogatás, fejlesztés, nevelés. Minden 10-20 család mellé adni egy szociális segítő. In: *Felemelkedés közös erővel: A tartós mélyszegénység csökkentése célhoz kötött támogatások révén. Melléklet a zárójelentéshez. Háttér tanulmányok*. Haza és Haladás Közpolitikai Alapítvány. http://www.hazaeshaladas.hu/ftp/elso_tanulmany/hattertanulmanyok.pdf
- Crossley, T. & Kennedy, S., 2002. The Reliability of self-assessed health status. *Journal of Health Economics*, 1. kötet, pp. 643-658. doi: 10.1016/S0167-6296(02)00007-3
- Currie, J. & Vogl, T., 2012. *Early-Life Health and Adult Circumstance in Developing Countries*, NBER Working Paper 18371. Cambridge, MA: NBER. <http://www.nber.org/papers/w18371.pdf>
- Cutler, D. M. & Lleras-Muney, A., 2006. *Education and health: evaluating theories and evidence*. NBER Working Paper 12352. Cambridge, MA: NBER. <http://www.nber.org/papers/w12352.pdf>
- Czethoffer, É., 2014. Statisztikai adatok. In: K. Fazekas & J. Varga, szerk. *Munkaerőpiaci Tükör 2014*. Budapest: MTA KRTK Közgazdaság-tudományi Intézet, OFA. http://www.mtakti.hu/file/download/mt_2014_hun/egyben.pdf
- Csaba, E., 1998. Munkanélküliség Magyarországon a kilencvenes években. *Statisztikai Szemle*, 76(7-8.), pp. 571-583. http://www.ksh.hu/statszemle_archive/1998/1998_07-08/1998_07-08_571.pdf
- Csaba, L., 1998. A rendszerváltó gazdaságpolitika egy évtizede. *Beszélő*, 3.(5.). <http://beszelo.c3.hu/cikkek/a-rendszervalto-gazdasagpolitika-egy-evtizede>
- Csaba, L., 2011. A magyar átalakulás és fejlődés néhány általánosítható elméleti tanulsága. *Közgazdasági Szemle*, LVIII. évf.(október), p. 813-831. http://penzugyutato.hu/sites/default/files/Kszemle_CIKK_Csaba%20Laszlo.pdf
- Csapó, B., 2008. A közoktatás második szakasza és az érettségi vizsga.. In: K. Fazekas, J. Köllő & J. Varga, szerk. *Zöld könyv a magyar közoktatás megújításáért*. Budapest: Ecostat. <http://mek.oszk.hu/08200/08222/08222.pdf>
- Csapó, B., Fejes, J. B., Kinyó, L. & Tóth, E., 2014. Az iskolai teljesítmények alakulása Magyarországon nemzetközi összehasonlításban. In: T. Kolosi & I. G. Tóth, szerk. *Társadalmi Riport 2014*. Budapest: TÁRKI.
- Cseres-Gergely, Z., 2011. Kenőanyag a munkapiac fogaskerekei közé?. In: K. Fazekas & G. Kézdi, szerk. *Munkaerőpiaci Tükör 2011*. Budapest: MTA Közgazdaságtudományi Intézet – Országos Foglalkoztatási Közalapítvány. http://www.mtakti.hu/file/download/mt_2011_hun/egyben.pdf
- Cseres-Gergely, Z., Földessy, Á. & Ágota, S., 2012. Bértámogatás hatása az idősebb munkavállalókra. In: K. Fazekas, P. Benczúr & Á. Telegdy, szerk. *Munkaerőpiaci Tükör 2012*. Budapest: MTA Közgazdaság-tudományi Intézet; Országos Foglalkoztatási Közalapítvány. http://www.mtakti.hu/file/download/mt_2012_hun/egyben.pdf
- Cseres-Gergely, Z., Földessy, Á. & Scharle, Á., 2015. *Evaluating the impact of a well-targeted wage subsidy using administrative data*. Institute of Economics, Centre for Economic and Regional Studies, Hungarian Academy of Sciences; Department of Human Resources, Corvinus University of Budapest. <http://www.econ.core.hu/file/download/bwp/bwp1503.pdf>

- Csernus, F., 2016. "Nem azoknak segít a CSOK, akiknek a legnagyobb szükségük lenne rá" - interjú Szikra Dorotttyával. *lumens.hu*, 02 03, pp. <http://lumens.hu/2016/03/02/nem-azoknak-segit-a-csok-akiknek-a-legnagyobb-szukseguk-lenne-ra/>
- Csesztregi, T. és mtsai., 2015. *2015-ös éves jelentés (2014-es adatok) az EMCDDA számára*, Budapest: Nemzeti Drog Fókuszpont. http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/EMCDDA_jelentes_2014.pdf
- Csillag, I., 2009. Van-e visszaút?. *Közgazdasági Szemle*, LVI. évfolyam(július-augusztus). http://epa.oszk.hu/00000/00017/00161/pdf/4_csillag.pdf
- Csite, A. & Németh, N., 2007. A születéskor várható élettartam kistérségi egyenlőtlenségei az ezredfordulón. *Kormányzás – Közpénzügyek*, vol. 2(no. 2). http://hetfa.hu/wp-content/uploads/HMM03_Csite_Nemeth_ASzuleteskorVarhatoEllettartamKisteresegeiEgyenlotlensegei.pdf
- Csoba, J. & Nagy, Z. É., 2011. A magyarországi képzési, bértámogatási és közfoglalkoztatási programok hatásvizsgálata.. In: K. Fazekas & G. Kézdi, szerk. *Munkaerőpiaci Tükör 2011*. MTA Közgazdaságtudományi Intézet – Országos Foglalkoztatási Közalapítvány. http://www.mtakti.hu/file/download/mt_2011_hun/egyben.pdf
- D. Miller Jr., R. & Frech III., H. E., 2004. *Health care matters. Pharmaceuticals, obesity and the quality of life.* Washington DC: AEI Press.
- Daniels, K., Tregaskis, O. & Seaton, J. S., 2007. Job control and occupational health: the moderating role of national R&D activity. *Journal of Organizational Behaviour*, 28. kötet, pp. 1-19. doi: 10.1002/job.390
- Daniilidou, N. V. és mtsai., 2010. Comparison between two different measures of self-rated health: a single-question measure and a visual analogue scale. *Folia Medica*, 52(1), pp. 63-69.
- Darvas, Á. & Mózer, P., 2004. Kit támogassunk? *Esély*, 2004(6), pp. 64-99. http://www.esely.org/kiadvanyok/2004_6/darvas.pdf
- Dávid, B. & Albert, F., 2012. *Bár egyre több a barátunk, minden ötödik felnőttnek nincs barátja*, Budapest: TÁRKI. <https://www.scribd.com/doc/82569763/TARKI-Omnibusz-Bar-egyre-tobb-a-baratunk-minden-otodik-feln%91ttnek-nincs-baratja>
- Davis, K. és mtsai., 2005. *Health and productivity among U.S. workers.*, The Commonwealth Fund. http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/856_Davis_hlt_productivity_USworkers.pdf
- Deaton, A., 2014. *The Great Escape: Health, Wealth, and the Origins of Inequality*. Princeton University Press.
- DeVol, R. & Bedroussian, A., 2007. *An unhealthy America: The economic burden of chronic disease*, Santa Monica: Milken Institute. http://assets1b.milkeninstitute.org/assets/Publication/ResearchReport/PDF/chronic_disease_report.pdf
- Directorate-General for Enterprise and Industry, 2014. *Annual Report on European SMEs 2013/2014 – A Partial and Fragile Recovery*, Brüsszel: European Commission. https://www.researchgate.net/profile/Deborah_Cox/publication/266384367_Annual_Report_on_Europe_an_SMEs_20132014_-_A_Partial_and_Fragile_Recovery_Final_Report_-_July_2014_SME_Performance_Review_20132014_for_the_European_Commission/links/542ea64f0cf29bbc126f39c5.pdf?origin=publication_detail
- Double Decker Kft., 2003. *Közoktatási problématérkép és koncepcióeszt. Kutatási beszámoló.*
- Downs, A., 1957. *An Economic Theory of Democracy.* New York: Harper.
- Drago, R. & Wooden, M., 1992. The determinants of Labor Absence: Economic Factors and Workgroup Norms across Countries. *Industrial and labor Relations Review*, 45(4), pp. 764-778. doi: 10.2307/2524592
- Duke University Center for Health Policy, Law, and Management, 1993. *Willingness to Pay per Added Year of Life, United States*
- Duncan, G. J., Magnuson, K. A. & Ludwig, J., 2004. The Endogeneity Problem in Developmental Studies. *Research in Human Development*, 1(1-2), p. 59–80. http://home.uchicago.edu/ludwig/papers/Duncan_EndogeneityProblem.pdf
- Econtech Pty Ltd., 2007. *Economic modelling of the cost of presenteeism in Australia*, Canberra: Medibank Private. [http://blogs.theage.com.au/business/executivestyle/managementline/Medibank_Presenteeism_FINAL%20\(2\).doc](http://blogs.theage.com.au/business/executivestyle/managementline/Medibank_Presenteeism_FINAL%20(2).doc)
- Elek, P., Scharle, Á., Szabó, B. & Szabó, P. A., 2009. A feketefoglalkoztatás mértéke Magyarországon. In: A. Semjén & I. J. Tóth, szerk. *Rejtett gazdaság: Be nem jelentett foglalkoztatás és jövedelemeltitkolás - kormányzati lépések és a gazdasági szereplők válaszai.* Budapest: MTA Közgazdaságtudományi Intézet. http://www.mtakti.hu/file/download/ktik11/ktik11_08_feketefoglalkoztatás.pdf

- Élő, A., 2015. Egyre többen adják közmunkásnak a gyerekeiket - itt a bizonyíték. *valasz.hu*, 17 12, pp. <http://valasz.hu/itthon/egyre-tobben-adjak-kozmunkasnak-a-gyerekuket-itt-a-bizonyitek-116648>
- Erdélyi, P., 2015. Szágyuldunk egy mély szakadék felé, de legalább már nem is lehet kilátni a kocsiból. *444.hu*, 15 10, pp. <http://444.hu/2015/10/15/szaguldunk-egy-mely-szakadek-fele-de-legalabb-mar-nem-is-lehet-kilatni-a-kocsibol>
- Értéktér-projekt, 2009. <http://www.ertekter.hu/>
- European Commission, 2009. *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions - Solidarity in health: reducing health inequalities in the EU (COM/2009/0567 final)*, Brüsszel: European Commission. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/PDF/?uri=CELEX:52009DC0567&from=EN>
- European Commission, 2013. *Social investment package. Commission staff working document. Investing in health SWD(2013) 43 final*, Brüsszel: European Commission. http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health_en.pdf
- European Commission, 2015. *Standard Eurobarometer 83 - Public opinion in the European Union - Table of results*, Bruxelles: European Commission. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb83/eb83_first_en.pdf
- Eurostat, 2010. *Poverty and Social Exclusion*, Brüsszel: Eurostat. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_355_en.pdf
- Eurostat, 2014. *Corruption*, Brüsszel: European Commission. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_397_en.pdf
- Fábián, Z., 2012. Pártrendszer és a társadalmi kohézió jelzőszámai Magyarországon. In: T. Kolosi & I. G. Tóth, szerk. *Társadalmi Riport 2012*. Budapest: TÁRKI. http://www.valasztaskutatas.hu/toresvonal/content/pdf/cohesion_trip2012.pdf
- Fábián, Z., Matsaganis, M., Tóth, I. G. & Veliziotis, M., 2014. *The legacy of the recession: values and societal issues*, Brussels: Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion. <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=13869&langId=en>
- Ferge, Zs., 1985. Szegénység, szegénypolitika. *Valóság*, 1985(1).
- Ferge, Zs., 2006. Kiket és mit szolgál a 100 lépés programja? – Ellentmondásos előrelépések. In: K. Tausz, szerk. *A társadalmi kohézió erősítése. Stratégiai kutatások, Magyarország 2015 – 7*. http://www.fergezsuzsa.hu/docs/kiket_es_mit_szolgal_a_100_lepes_program.pdf
- Ferge, Zs., 2006. Struktúra és szegénység. In: I. Kovách, szerk. *Társadalmi metszetek. Érdekek és hatalmi viszonyok, individualizáció és egyenlőtlenség a mai Magyarországon..* Budapest: Napvilág Kiadó. http://www.fergezsuzsa.hu/docs/struktura_es_szegenysege.pdf
- Ferge, Zs., 2012a. A családtámogatási rendszerről.. In: *Vágányok és vakvágányok a társadalompolitikában..* Budapest: L'Harmattan Kiadó.
- Ferge, Z., 2012b. A szociálliberális kormány közmunkatörvénye: rögzös út a munkához?. In: *Vágányok és vakvágányok a társadalompolitikában..* Budapest: L'Harmattan, pp. 184-191.
- Ferge, Z., 2012c. Öt és fél ciklus szociálpolitikai törvényeinek elemzése – határozatlan szándékok, vitatható következmények.. In: *Vágányok és vakvágányok a társadalompolitikában..* Budapest: L'Harmattan Kiadó.
- Ferge, Z., 2012d. A kiereksztés útjai. In: *Vágányok és vakvágányok a társadalompolitikában..* Budapest: L'Harmattan, pp. 67-102.
- Ferge, Z., 2012. *Vágányok és vakvágányok a társadalompolitikában. [Roads and dead-ends in social policy]*. Budapest: L'Harmattan.
- Fertő, I., 2002a. A mezőgazdasági termelés szerkezetének változásai a fejlett országokban, I. Az üzemnagyság és a mérethozadék problémája a mezőgazdaságban.. *Közgazdasági Szemle*, XLIX(július-augusztus). <http://epa.oszk.hu/00000/00017/00084/pdf/ferto.pdf>
- Fertő, I., 2002b. A mezőgazdasági termelés szerkezetének változásai a fejlett országokban, II. Az üzemnagyság és a mérethozadék problémája a mezőgazdaságban. *Közgazdasági Szemle*, XLIX(Szeptember). <http://epa.oszk.hu/00000/00017/00085/pdf/ferto.pdf>
- Florida, R., 2002. *The rise of the creative class*. New York: Perseus Book Group.
- Fogel, R. W., 1994. Economic growth, population theory, and physiology: the bearing of long-term processes on the making of economic policy. *NBER Working Paper 4638*. <http://www.nber.org/papers/w4638.pdf>

- Fónai, M. & Dusa, Á. R., 2014. A tanárok presztízsének és társadalmi státuszának változásai a kilencvenes és a kétezres években. *Iskolakultúra*, 2014(6), pp. 41-49. http://epa.oszk.hu/00000/00011/00186/pdf/EPA00011_iskolakultura_2014_06_041-049.pdf
- Fonseca, D. A. P., 2011. *The Relationship Between Health and Employment*. Master Thesis. Erasmus University of Rotterdam. <http://arno.uvt.nl/show.cgi?fid=122184>
- Forbes, M., Barker, A. & Turner, S., 2010. *The effects of education and health on wages and productivity*, Melbourne: Productivity Commission, Australian Government. <http://library.bsl.org.au/jspui/bitstream/1/1615/1/education-health-effects-wages.pdf>
- Földes, A., 2015. Siker! A drog oldotta meg a vidéki alkoholproblémát. *index.hu*, 16 04, p. <http://index.hu/belfold/2015/04/16/dizajnerdrogdalun/>
- Förster, M. F., Szivós, P. & Tóth, I. G., 1998. A jóléti támogatások és a szegénység: Magyarország és a többi visegrádi ország tapasztalatai. In: T. Kolosi, I. G. Tóth & G. Vukovich, szerk. *Társadalmi riport 1998*. Budapest: TÁRKI.
- Frey, M., 2011. *Aktív munkaerő-piaci politikák komplex értékelése a 2004-2009. közötti időszakban.*, Budapest: Foglalkoztatási és Szociális Hivatal. http://www.employmentpolicy.hu/resource.aspx?resourceID=131_fogl_merop_politikak
- Fried, J., Wertman, M. & Davis, M., 1972. Man-Machine Interaction and Absenteeism. *Journal of Applied Psychology*, 56. kötet, pp. 428-429..
- G. Márkus, G., 2012. Előítéletesség Európában, intolerancia Magyarországon. Recenzió és reflexió. *Tudományos Közlemények*, 2012(27), pp. 73-84. http://epa.oszk.hu/02000/02051/00027/pdf/EPA02051_Tudomanyos_Kozlemenyek_27_2012_aprilis_073-084.pdf
- G. Tóth, I., 2015. A közmunka csapdája: jönnek a fiatalok, és már nem szabadulnak. *hvg.hu*, 12 12, p. http://hvg.hu/itthon/201550_abszurd_kozfoglalkoztatasi_fuggoseget_ozok
- Gaál, P. és mtsai., megjelenés alatt. Az egészségügyi ellátórendszer szerepe az egészség-egyenlőtlenségekben Magyarországon. Háttér tanulmány Az egészség-egyenlőtlenségek és az egészség társadalmi meghatározói Magyarországon c. jelentéshez. In: É. Orosz & Z. Kollányi, szerk. *Az egészség-egyenlőtlenségek és az egészség társadalmi meghatározói Magyarországon*. Budapest: WHO Magyarországi Iroda.
- Gábor R., I., 2012. A magyar minimálbér-szabályozás és hatása a foglalkoztatásra, különösen 2000-től napjainkig. *Köz-Gazdaság*, Issue 1. <http://unipub.lib.uni-corvinus.hu/524/1/kg2012n1p123.pdf>
- Gábos, A. & Szivós, P., 2002. A jövedelmi szegénység alakulása, a gyermekes családok helyzete. In: T. Kolosi, I. G. Tóth & G. Vukovich, szerk. *Társadalmi riport 2002.*. Budapest: TÁRKI.
- Gábos, A. & Szivós, P., 2010. Jövedelmi szegénység Magyarországon 2007 és 2009 között. In: *Jövedelemegyenlőtlenség és szegénység Magyarországon. TÁRKI Háztartás Monitor 1. kötet – Elemzések.* Budapest: TÁRKI. http://www.tarsadalomkutatas.hu/kkk.php?TPUBL-A-912/publikaciok/tpubl_a_912.pdf
- Galasi, P. & Nagy, G., 2012. Aktív munkaerő-piaci eszközök. In: K. Fazekas & Á. Scharle, szerk. *Nyugdíj, segély, közmunka*. Budapest: Budapest Szakpolitikai Elemző Intézet és MTA KR TK Közgazdaság-tudományi Intézet. <http://econ.core.hu/file/download/20evfoglpol/kotet.pdf>
- Galasi, P. & Nagy, G., 2012. Korábbi bértámogatási programok foglalkoztatási hatása. In: K. Fazekas, P. Benczúr & Á. Telegdy, szerk. *Munkaerőpiaci Tükör 2012*. Budapest: MTA Közgazdaság-tudományi Intézete; Országos Foglalkoztatási Közalapítvány. http://www.mtakti.hu/file/download/mt_2012_hun/egyben.pdf
- Gambin, L. M., 2005. *The impact of health on wages in Europe – Does gender matter?*, University of York. https://www.york.ac.uk/media/economics/documents/herc/wp/05_03.pdf
- Gannon, B., 2005. A dynamic analysis of disability and labour force participation in Ireland 1995-2000. *Health Economics*, Issue 14., p. 925–938. <http://people.stern.nyu.edu/wgreene/Econometrics/Gannon.pdf>
- García-Gómez, P., van Kippersluis, H., O'Donnell, O. & van Doorslaer, E., 2013. Long-Term and Spillover Effects of Health Shocks on Employment and Income. *Journal of Human Resources*, 48(4), pp. 873-909. doi: 10.1353/jhr.2013.0031
- Gardner & Sanborn, 1990. Years of potential life lost (YPLL) – what does it measure? *Epidemiology*, Jul 1(4), pp. 322-329.
- Gáspár, P., Halász, A. & Tóth, M., 2003. *A magyar beteg: makrogazdasági problémáink okai, eddigi kezelése és a lehetséges gyógymódok*, Budapest. <http://mek.oszk.hu/04400/04425/04425.pdf>
- Gazdag, L., 2012. Így kormányozták a magyar gazdaságot. *FN24*. <http://24.hu/poszt-itt/2012/02/12/igy-kormanyoztak-a-magyar-gazdasagot/>

- Gellatly, I., 1995. Individual and Group Determinants of Employee Absenteeism: Test of a Causal Model. *Journal of Organizational Behaviour*, 16(5), pp. 469-485. doi: 10.1002/job.4030160507
- Gerő, M. & Szabó, A., 2015. *Politikai Tükör*, Budapest: MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont. http://www.socio.mta.hu/uploads/files/2015/poltukor_online.pdf
- Geurts, S., Kompier, M. & Grundemann, R., 2000. Curing the Dutch Disease? Sickness Absence and Work Disability in the Netherlands. *International Social Security Review*, 53(4), pp. 79-103. doi: 10.1111/1468-246X.00106
- Giczi, J. & Sik, E., 2009. Bizalom, társadalmi tőke, intézményi kötődés. In: I. G. Tóth, szerk. *Tárki európai társadalmi jelentés 2009*. Budapest: TÁRKI. http://www.tarki.hu/hu/research/gazdkult/gazdkult_gici_sik.pdf
- Gimeno, D. és mtsai., 2004. Psychosocial Factors and Work related Sickness Absence among Permanent and Nonpermanent Employees. *Journal Epidemiology and Community Health*, 58. kötet, pp. 870-876. <http://www.jstor.org/stable/25570518>
- Goetzel, R. Z., Hawkins, K., Ozminkowski, R. J. & Wang, S., 2003. The health and productivity cost burden of the "top 10" physical and mental health conditions affecting six large U.S. employers in 1999. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45(1), pp. 5-14.
- Goetzel, R. Z. és mtsai., 2004. Health, Absence, Disability, and Presenteeism Cost Estimates of Certain Physical and Mental Health Conditions Affecting U.S. Employers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46(4), pp. 398-412.
- Gómez, P. G., 2008. *Institutions, Health Shocks and Labour Outcomes Across Europe*, Fundación de Estudios de Economía Aplicada. doi: 10.1016/j.jhealeco.2010.11.003
- Granlund, D., 2010. The effect of health care expenditure on sickness absence. *European Journal of Health Economics*, 11. kötet, pp. 555-568. http://www.hui.se/BinaryLoader.axd?OwnerID=3a577059-d869-4d1b-bff1-5673eefc3461&OwnerType=0&PropertyName=EmbeddedFile_aa66ddb5-fa3a-4a99-ad99-49901c0a8a45&FileName=HUIwp27.pdf&Attachment=True
- Greskovits, B., 1995. Latin-Amerika sorsára jut-e Kelet-Közép-Európa? *Politikaitudományi Szemle*, pp. 63-94. http://epa.oszk.hu/02500/02565/00011/pdf/EPA02565_poltud_szemle_1995_1_063-094.pdf
- Greskovits, B., 1996. Lehetséges-e más mint a neoliberális stratégia? *Beszélő*, 3/1(2). <http://beszelo.c3.hu/cikkek/lehetseges-e-mas-mint-neoliberalis-strategia>
- Grossman, M., 2000. The Human Capital Model. In: A. J. Culyer & N. J. P., szerk. *Handbook of Health Economics, Vol1.* Elsevier.
- Hablicsek, L., 2007. Halandósági egyenlőtlenségek: a várható élettartam és az elhalálozási valószínűségek alakulása. In: L. Hablicsek & K. Kovács, szerk. *Az életkilátások differenciálódása iskolázottság szerint, 1986-2005*. Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, pp. 13-47. <http://www.demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/kutatasijelentesek/article/view/384/138>
- Hackett, R., Bycio, P. & Hausdorf, P., 1994. Further Assessments of Meyer and Allen's (1991) three-component model of organizational commitment. *Journal of Applied Psychology*, 79. kötet, pp. 15-23.
- Halpern, L. & Oblath, G., 2014. A gazdasági stagnálás "színe" és fonákja. *Közgazdasági Szemle*, LXI.(Július-augusztus). http://real.mtak.hu/15140/1/Kszemle_CIKK_1491.pdf
- Hammer, F., 2004. Közbeszéd és társadalmi igazságosság. A Fókusz szegénységábrázolása. *Médiakutató*, 2004(2). http://www.mediakutato.hu/cikk/2004_01_tavasz/01_kozbeszed
- Hankiss, E., 2012. A késlekedő társadalmi szerződés. In: H. Elemér, szerk. *Egy ország arcai*. Budapest: L'Harmattan Kiadó.
- Harasztosi, P. & Lindner, A., 2015. *Who Pays for the Minimum Wage?* <http://faculty.chicagobooth.edu/workshops/micro/pdf/LindnerJMP.pdf>
- Harpham, T., 2008. The measurement of community social capital through surveys. In: I. Kawachi, S. V. Subramanian & D. Kim, szerk. *Social Capital and Health*. New York: Springer, pp. 51-62.
- Hárs, Á., 2012. Munkapiaci válságok, változások, válaszok. In: T. Kolosi & I. G. Tóth, szerk. *Társadalmi Riport 2012*. Budapest: TÁRKI, pp. 159-189.
- Havas, G., 2008. Esélyegyenlőség, deszegregáció.. In: K. Fazekas, J. Köllő & J. Varga, szerk. *Zöld könyv a magyar közoktatás megújításáért*. Ecostat. <http://mek.oszk.hu/08200/08222/08222.pdf>
- Havasi, É., 2011. A megtört egészség - a hazai lakosság egészségi állapotának egyenlőtlenségei, különös tekintettel a szegényekre. *Népegészségügy*, 89(2), pp. 80-92..
- Hawkley, L. C. és mtsai., 2007. Loneliness, dysphoria, stress and immunity: A role for cytokines. In: N. Plotnikoff, R. Faith, A. Murgo & R. Goods, szerk. *Cytokines: stress and immunity..* Boca Raton: CRC Press, pp. 67-85. <http://psychology.uchicago.edu/people/faculty/cacioppo/jtcreprints/hbemc07.pdf>

- Hawkey, L., Thisted, R., Masi, C. & Cacioppo, J., 2010. Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults.. *Psychology and Aging*, 25(1), pp. 132-141.
- Hazan, M. & Zoabi, H., 2006. Does Longevity Cause Growth? A Theoretical Critique. *Journal of Economic Growth*, 11(4.). <http://www.jstor.org/stable/40216110>
- Hegedüs, J., 2006. Lakáspolitikai és lakáspiaci - a közpolitika korlátai. *Esély*, 2006(5), pp. 65-100. http://www.esely.org/kiadvanyok/2006_5/HEGEDUS.pdf
- Hegedüs, J. & Somogyi, E., 2004. Lakáshitelezés, támogatási alternatívák és megfizethetőség. *Közgazdasági Szemle*, LI. évfolyam(március). <http://epa.oszk.hu/00000/00017/00102/pdf/1hegedus.pdf>
- Holt, H., 2010. *The Cost of Ill Health*, New Zealand Treasury. <http://www.treasury.govt.nz/publications/research-policy/wp/2010/10-04/twp10-04.pdf>
- Howitt, P., 2005. Health, Human Capital, and Economic Growth: A Schumeterian Perspective. In: G. López-Casasnovas, B. Rivera & L. Currais, szerk. *Health and Economic Growth – Findings and Policy Implications*. Cambridge: MIT Press.
- Huijts, T., Reeves, A., McKee, M. & Stuckler, D., 2015. The impacts of job loss and job recovery on self-rated health: testing the mediating role of financial strain and income. *European Journal of Public Health*, pp. 1-6.
- Idler, E. & Benyamini, Y., 1997. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour*, 38(1), pp. 21-37.
- Illich, I., 1976. *Limits to medicine*.. London: Marion Boyars.
- Ilonszki, G. & Lengyel, G., 2009. Válaszúton: konszolidált vagy színlelt demokrácia?. *Politikatudományi Szemle*, XVIII(1), p. 7-25. http://unipub.lib.uni-corvinus.hu/915/1/2009_1_ilonszky.pdf
- Jäckle, R., 2007. *Health and Wages - Panel data estimates considering selection and endogeneity*, Ifo working paper no. 43. Ifo Institute – Leibniz Institute for Economic Research at the University of Munich. <http://www.econstor.eu/bitstream/10419/73754/1/IfoWorkingPaper-43.pdf>
- Jamison, D., Lau, L. & Wang, J., 2004. Health's Contribution to Economic Growth in an Environment of Partially Endogenous Technical Progress. In: G. López-Casasnovas, B. Rivera & L. Currais, szerk. *Health and Economic Growth – Findings and Policy Implications*. MIT Press. pp. 67-91.
- Jamison, D. T. és mtsai., 2013. Global health 2035: a world converging within a generation. *The Lancet*, 382(9908), pp. 1898 - 1955. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62105-4
- Jancsics, D., 2012. "Jobban jársz, ha inkább tejelesz". *HVG Online*, 13. április. http://hvg.hu/gazdasag/20120413_Jancsics_David_korrupcios_kenysszerek
- Janky, B. és mtsai., 2014. Stigmatising the Poor Without Negative Images: Images of Extreme Poverty and the Formation of Welfare Attitudes. *Sociological Research Online*. http://real.mtak.hu/15202/1/stigmatising_without_negative_socreson_revised2.pdf
- Jánosy, F. & Bekker, Z., 1997. Mit írunk a tiszta lapra?. *Közgazdasági Szemle*, XLIV.(május). <http://epa.oszk.hu/00000/00017/00027/pdf/janosy.pdf>
- Jávör, I., 2013. Ezt hívják happy korrupciónak. *HVG Online*, 13. január. http://hvg.hu/kkv/20130115_Ezt_nevezem_happy_korrupcionak
- Jávör, I. & Jancsics, D., 2013. The Role of Power in Organizational Corruption: An Empirical Study. *Administration & Society*, 2013(December). doi: 10.1177/0095399713514845
- Jenkinson, C., Peto, V. & Coulter, A., 1994. Measuring change over time: a comparison of results from a global single item of health status and the multi-dimensional SF-36 health status survey questionnaire in patients presenting with menorrhagia. *Quality of Life Research*, 3(5), pp. 317-321.
- Johansson, G. & Lundberg, I., 2004. Adjustment latitude and attendance requirements as determinants of sickness absence or attendance. Empirical tests of the illness flexibility model. *Social Science & Medicine*, 58. kötet, p. 1857-1868.
- Johns, G., 2003. How Methodological Diversity has Improved our Understanding of Absenteeism from Work. *Human Resource Management Review*, 13. kötet, pp. 157-184. doi: 10.1016/S1053-4822(03)00011-1
- Johns, G., 2008. Absenteeism or presenteeism? Attendance dynamics and employee well-being. In: S. Cartwright & C. L. Cooper, szerk. *The Oxford Handbook of Organizational Well Being*. Oxford: Oxford University Press.
- Johns, G., 2012. Presenteeism: A Short History and a Cautionary Tale. In: J. Houdmont, S. Leka & R. Sinclair, szerk. *Contemporary Occupational Health Psychology*. Wiley-Blackwell.

- Józan, P., 1999. A nők egészségi állapotának néhány jellemzője. In: T. Pongrácz & I. G. Tóth, szerk. *Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről*. Budapest: TÁRKI. <http://www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/a598.pdf>
- Jylha, M., Volpato, S. & Guralnik, J., 2006. Self-rated health showed a graded association with frequently used biomarkers in a large population sample. *Journal of Clinical Epidemiology*, 59(5), pp. 465-471. doi: 10.1016/j.jclinepi.2005.12.004
- Kabai, G. & Németh, N., 2011. Egy komplex munkaerőpiaci program megvalósulása és lokális hatásai a déldunántúli régióban.. In: K. Fazekas & G. Kézdi, szerk. *Munkaerőpiaci Tükör 2011*. Budapest: MTA Közgazdaságtudományi Intézet – Országos Foglalkoztatási Közalapítvány. http://www.mtakti.hu/file/download/mt_2011_hun/egyben.pdf
- Kaderják, P., Ábrahám, Á. & Pál, G., 2005. A csökkenő halálozási és baleseti kockázat közgazdasági értéke Magyarországon. Egy munkaerő-piaci elemzés eredményei. *Közgazdasági Szemle*, 52.(március). <http://epa.oszk.hu/00000/00017/00113/pdf/02kaderjak.pdf>
- Kállay, L., 2012. *KKV-szektor: versenyképesség, munkahelyteremtés, szerkezetátalakítás*, Budapest: BCE Vállalatgazdaságtan Tanszék, Versenyképesség Kutatóközpont. http://unipub.lib.uni-corvinus.hu/838/1/TM58_Kallay.pdf
- Kálmán, J., 2014. A közfoglalkoztatási programok háttere és nemzetközi tapasztalatai. In: K. Fazekas & J. Varga, szerk. *Munkaerőpiaci Tükör 2014*. Budapest: MTA Közgazdaság-tudományi Intézete, Országos Foglalkoztatási Közalapítvány. http://www.mtakti.hu/file/download/mt_2014_hun/egyben.pdf
- Kalwij, A. & Vermeulen, F., 2005. *Labour Force Participation of the Elderly in Europe: The Importance of Being Healthy*, IZA. <http://ftp.iza.org/dp1887.pdf>
- Kapitány, Z. & Molnár, G., 2001. *A magyar háztartások jövedelmi-kiadási egyenlőtlenségei és mobilitása 1993-1998.*, Budapest: MTA KTI. <http://econ.core.hu/doc/dp/dp/mtdp0115.pdf>
- Kardos, E., 2016. Összeomlások sorozata. Csapó Benő: A közoktatási rendszerből hiányzik a tudás.. *168óra Online*, 19 02, pp. <http://www.168ora.hu/itthon/oktatas-kozoktatas-pedagogus-kepzes-penz-143038.html>
- Kawachi, I., Subramanian, S. & Kim, D., 2008b. Social Capital and Health: A Decade of Progress and Beyond. In: I. Kawachi, S. Subramanian & D. Kim, szerk. *Social Capital and Health*. New York: Springer, pp. 1-28.
- Kawachi, I., Subramanian, S. V. & Kim, D. szerk., 2008a. *Social Capital and Health*. New York: Springer.
- Kelemen, E., 2003. A PISA-vizsgálat eredményeinek közoktatás-politikai konzekvenciái. *Új Pedagógiai Szemle*, április. <http://epa.oszk.hu/00000/00035/00070/2003-04-ta-Kelemen-PISA.html>
- Keller, T., 2009. *Magyarország helye a világ értéktérképén*, Budapest: TÁRKI. http://www.tarki.hu/hu/research/gazdkult/gazdkult_wvs_keller.pdf
- Keller, T., 2014. Megfogyva bár, de törve... Mérsékeltén javuló mutatók, súlyosan növekvő politikai polarizáltság a magyar értékrendszerben, változások 2009 és 2013 között. In: T. Kolosi & I. G. Tóth, szerk. *Társadalmi Riport 2014*. Budapest: TÁRKI, pp. 374-402.
- Kelly, M. P. és mtsai., 2007. *The social determinants of health: Developing an evidence base for political action, Measurement and Evidence Knowledge Network - WHO*. http://www.who.int/social_determinants/resources/mekn_report_10oct07.pdf
- Kenyon, P. & Dawkins, P., 1989. A Time Series Analysis of Labor Absence in Australia. *Review of Economics and Statistics*, 71(2), pp. 232-239..
- Kerényi, K. & Szénásiné Matúz, Á., 2001. A keresetek alakulása a rendszerváltás után. *Statisztikai Szemle*, 79(4-5.), pp. 420-435. http://www.ksh.hu/statszemle_archive/2001/2001_04-05/2001_04-05_420.pdf
- Kertesi, G. & Varga, J., 2005. Foglalkoztatottság és iskoláztatottság Magyarországon. *Közgazdasági Szemle*, LII.(július–augusztus), pp. 633–662. <http://www.epa.hu/00000/00017/00117/pdf/01kertesivarga.pdf>
- Kézdi, G., 1998. Foglalkoztatás és keresetek a közsférában. In: T. Kolosi, I. G. Tóth & G. Vukovich, szerk. *Társadalmi riport 1998*. Budapest: TÁRKI. <http://www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/a868.pdf>
- Kim, D., Subramanian, S. V. & Kawachi, I., 2008. Social Capital and Physical Health - A Systematic Review of the Literature. In: I. Kawachi, S. V. Subramanian & D. Kim, szerk. *Social Capital and Health*. New York: Springer, pp. 132-190.
- Klein, W., 1985. Missed Work and Lost Hours. *Monthly Labor Review Bureau of Labor Statistics*, 1986(November), pp. 26-30. <http://www.bls.gov/opub/mlr/1986/11/art5full.pdf>
- Kollányi, Zs., 2012. Mennyibe fáj? A betegségteher és mérése. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, március. pp.25. http://www.weborvos.hu/adat/files/2012_junius/egsz_2012_1.pdf
- Kollányi, Zs. & Imecs, O., 2007. *Az egészség befektetés*. Budapest: DEMOS Magyarország Alapítvány.

- Kollányi, Zs., megjelenés alatt. *Az egészség-egyenlőtlenségek társadalmi kontextusa*. Háttér tanulmány Az egészség-egyenlőtlenségek és az egészség társadalmi meghatározói Magyarországon c. jelentéshez.. In: É. Orosz & Zs. Kollányi, szerk. *Az egészség-egyenlőtlenségek és az egészség társadalmi meghatározói Magyarországon*. Budapest: WHO Magyarországi Iroda.
- Kolosi, T., Bedekovics, I. & Szivós, P., 1998. Munkaerőpiac és jövedelmek. In: E. Sik & I. G. Tóth, szerk. *Magyar Háztartás Panel Zárótanulmány*. Budapest: Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetem Szociológia Tanszék; TÁRKI. <http://www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/a313.pdf>
- Kolosi, T. & Keller, T., 2011. Kikristályosuló társadalomszerkezet. In: T. Kolosi & I. G. Tóth, szerk. *Társadalmi Riport 2010*. Budapest: TÁRKI.
- Kopp, M. & Skrabski, Á., 2009. Magyar lelkiállapot az ezredforduló után. *Távlatok*, vol. 86.. kötet. <http://www.tavlatok.hu/86/86kopp-skrabski.pdf>
- Kornai, J., 2008. A kapitalizmus néhány rendszerspecifikus vonása. *Közgazdasági Szemle*, LV.(május). <http://www.kszemle.hu/tartalom/letoltes.php?id=992>
- Kovács, I. & Dupcsik, C., 2012. Bevezető megjegyzések.. In: I. Kovács, C. Dupcsik, T. P.Tóth & J. Takács, szerk. *Társadalmi integráció a jelenkori Magyarországon. Tanulmányok*. Budapest: MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont - Argumentum, pp. 7-16. <http://mek.oszk.hu/12700/12706/12706.pdf>
- Kovács, I. & Kristóf, L., 2012. Elit és társadalmi integráció. In: I. Kovács, C. Dupcsik, T. P.Tóth & J. Takács, szerk. *Társadalmi integráció a jelenkori Magyarországon. Tanulmányok*. Budapest: MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont - Argumentum, pp. 30-44. <http://mek.oszk.hu/12700/12706/12706.pdf>
- Kovács, K., 2007. Halandósági különbségek a 30–64 éves népesség körében (halálokok szerinti elemzés). In: L. Hablicsek & K. Kovács, szerk. *Az életkilátások differenciálódása iskolázottság szerint 1986-2005*. Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, pp. 49-106. <http://www.demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/kutatasijelentesek/article/view/384/138>
- Kovács, K., 2012. Az egészségi állapot egyenlőtlenségei In: P. Őri & Z. Spéder, szerk. *Demográfiai portré 2012*. Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, pp. 73-88. <http://demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/demografiaipotre/article/view/653/221>
- Kovács, K. & Őri, P., 2009. Halandósági különbségek.. In: J. Monostori, P. Őri, E. S. Molnár & Z. Spéder, szerk. *Demográfiai Portré 2009..* Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, pp. 53-60 <http://mek.oszk.hu/08400/08430/08430.pdf>
- Kovács, K. & Tóth, G., 2015. Egészségi állapot. In: J. Monostori, P. Őri & Z. Spéder, szerk. *Demográfiai portré 2015..* Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, pp. 95-114. <http://demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/demografiaipotre/article/view/2485/2483>
- Kovács, B., 2015. Az önkormányzati hatáskörbe került lakhatási támogatások vizsgálata 31 önkormányzat példáján. Budapest: Habitat for Humanity. http://www.habitat.hu/files/Onkormanyzati_lakhatasi_tamogatások_Habitat_0720.pdf
- Köllő, J. & Scharle, Á., 2011. A közcélú foglalkoztatás kibővülésének hatása a tartós munkanélküliségre. In: K. Fazekas & G. Kézdi, szerk. *Munkaerőpiaci Tükör 2011*. Budapest: MTA Közgazdaságtudományi Intézet – Országos Foglalkoztatási Közalapítvány. http://www.mtakti.hu/file/download/mt_2011_hun/egyben.pdf
- König, É., 2004. A segélyezés Bermuda-háromszöge. *Esély*, 2004(1). http://www.esely.org/kiadvanyok/2004_1/KONIG.pdf
- Körösenyi, A., 2012. A politikai polarizáció és következményei a demokratikus elszámoltathatóságra. In: Z. Boda & A. Körösenyi, szerk. *Van irány? Trendek a magyar politikában..* Budapest: MTA TK PTI - ÚMK., pp. 284-309. http://politologia.tk.mta.hu/uploads/files/archived/2838_trendek_teljes_webre.pdf
- Köves, A., 1995a. Egy alternatív gazdaságpolitika szükségessége és lehetősége. *Külgazdaság*, Issue 6..
- Köves, A., 1995b. Gazdaságpolitikai dilemmák és lehetőségek a Bokros-csomag után. *Külgazdaság*, Issue 11.
- Köves, A. & Szamuely, L., 1997. Élbolyban haladunk?. *Kritika*, 1997(6).
- Kramarics, T. & Szekeres, J., 2007. Az iskolázottság területi különbségei Magyarországon. *Területi Statisztika*, 47(7).
- Krémer, B., 2012. A negyedik köztársaság felé. *Beszélő*, 17(1). <http://beszelo.c3.hu/cikkek/a-negyedik-koztarsasag-fele>
- KSH, 2014. A kis- és középvállalkozások jellemzői, Budapest: KSH. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/regiok/gyorkkv12.pdf>
- KSH, 2014. Táppénz 2005-2013, Budapest: KSH. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/tappenz13.pdf>

- KSH, 2015. Európai Lakossági Egészségfelmérés 2014. *Statisztikai Tükör*, 29. kötet. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/elef14.pdf>
- KSH, 2015. Létminimum, 2014, *Statisztikai Tükör*, 46. kötet. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/letmin/letmin14.pdf>
- KSH, 2015. Munkaerő-piaci helyzetkép 2014, *Statisztikai Tükör*, 45. kötet. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/munkaeropiac14.pdf>
- Lackó, M., Semjén, A., Fazekas, M. & Tóth, I. J., 2009. Rejtett gazdaság, rejtett foglalkoztatottság – kutatási eredmények és kormányzati politika a nemzetközi és hazai irodalom tükrében.. In: A. Semjén & I. J. Tóth, szerk. *Rejtett gazdaság: Be nem jelentett foglalkoztatás és jövedelemeltitkolás – kormányzati lépések és a gazdasági szereplők válaszai..* Budapest: MTA Közgazdaságtudományi Intézet. http://www.wargo.hu/tij/news/ktik11_rejtett_gazdasag.pdf
- Ladányi, J., 2012. *Leselejteztettek. A kirekesztett népesség társadalom- és térszerkezeti elhelyezkedésének átalakulása Magyarországon a piacgazdasági átmenet időszakában..* Budapest: L'Harmattan Kiadó.
- Lakatos, M., 2007. *A gazdaságpolitika hatása a magyar adórendszerre.* Doktori értekezés. Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, Gazdaság- és Társadalomtudományi Kar, Műszaki Menedzsment Gazdálkodás- és Szervezéstudományi Doktori Iskola. http://kgt.bme.hu/doktori/phds/lakatos_m.pdf
- Laki, L., 2008. Szocializáció néhány jellemzője a „szegény Magyarországon”. Előzetes megjegyzések a szocializációról és a társadalomról. In: F. Bódi, szerk. *Helyi szociális ellátórendszer.* Budapest: MTA PTI.
- Lakner, Z., 2010. Legalább alsó korlát legyen! Recenzió Ferge Zsuzsa :Társadalmi áramlatok és egyéni szerepek. Adalékok a rendszerstruktúra és a társadalmi struktúra átalakulásának dinamikájához című könyvről (Budapest, 2010, Napvilág Kiadó). *Esély*, 2010(3). http://www.esely.org/kiadvanyok/2010_3/07lakner.indd.pdf
- Lakner, Z., 2011. *Oldalazás után hátraarc – a kormány szociálpolitikájáról.* Budapest: Haza és Haladás Közpolitikai Alapítvány. http://hazaeshaladas.blog.hu/2011/10/20/privat_sarok_oldalazas_utan_hatraarc_a_kormany_szocialpolitika_jarol
- Lakner, Z., 2012. *Vissza Európába. Egy szolidaritáselvű szociálpolitika esélyei Magyarországon.* Budapest, Friedrich Ebert Stiftung - Táncsics Alapítvány. <http://tancsicsalapitvany.hu/page/download?ct=act&cid=35&dt=atch&did=41>
- Laky, T., 1995. A magángazdaság kialakulása és a foglalkoztatottság. *Közgazdasági Szemle*, XLII.(7-8.), pp. 685-709. <http://epa.oszk.hu/00000/00017/00007/07-0804.html>
- Langenhoff, W., 2011. *Employee Absenteeism: Construction of a Model for International Comparison of Influential Determinants.* Master thesis. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam, Erasmus School of Economics. <http://arno.uvt.nl/show.cgi?fid=115268>
- Lannert, J., 2009. A tudás értéke: készségek, kompetenciák, vélemények. In: I. G. Tóth, szerk. *TÁRKI Európai Társadalmi Jelentés.* Budapest: TÁRKI, pp. 137-154. http://www.tarsadalomkutas.hu/kkk.php?TPUBL-A-907/publikaciok/tpubl_a_907.pdf
- Lannert, J., 2012. *Privát sarok: NAT újratöltve? Avagy megy-e tantervfejlesztéssel előbbre a világ?* Haza és Haladás Közpolitikai Alapítvány. http://hazaeshaladas.blog.hu/2012/03/12/privat_sarok_nat_ujratoltve_avagy_megy_e_tantervfejlesztess_el_elobbre_a_vilag
- Laplagne, P., Glover, M. & Shomos, A., 2007. *Effects of Health and Education on Labour Force Participation.* <http://www.pc.gov.au/research/supporting/health-education-labour-participation/healthandeducation.pdf>
- Leaker, D., 2008. Sickness Absence from Work in the UK. *Office of National Statistics*, 2(11), pp. 18-22. <https://www.ons.gov.uk/ons/rel/elmr/economic-and-labour-market-review/no--11--november-2008/sickness-absence-from-work-in-the-uk.pdf>
- Lechner, M. & Vazquez-Alvarez, R., 2003. *The Effect of Disability on Labour Market Outcomes in Germany: Evidence from Matching*, IZA. <http://ftp.iza.org/dp967.pdf>
- Lehmann, H. & Polonyi, G., 1998. Helyzetkép a lakosság egészségi állapotáról – 1997. In: T. Kolosi, I. G. Tóth & G. Vukovich, szerk. *Társadalmi riport 1998.* Budapest: TÁRKI.
- Leinone, R., Heikkinen, E. & Jylh, M., 1998. Self-rated health and self-assessed change in health in elderly men and women - a five-year longitudinal study. *Social Science and Medicine*, 46(4-5), pp. 591-597.
- Lerner, D. és mtsai., 2001. The Work Limitations Questionnaire. *Medical Care*, 39(1), pp. 72-85.

- Linn, B. & Linn, M., 1980. Objective and self-assessed health in the old and very old. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 14(4), pp. 311-315..
- Locker, D., 1998. Issues in measuring change in self-percieved oral health status. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 1998(26), pp. 41-47.
- Loeppke, R. és mtsai., 2007. Health and productivity as a business strategy. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 49(7), pp. 712-721.
https://www.acoem.org/uploadedFiles/Healthy_Workplaces_Now/HPM%20As%20a%20Business%20Strategy.pdf
- Lofland, J. H., Locklear, J. C. & Frick, K. D., 2001. Different Approaches To Valuing the Lost Productivity of Patients with Migraine. *PharmacoEconomics*, 19.(9.), pp. 917-925. doi: 10.2165/00019053-200119090-00003
- Lorentzen, P., McMillan, J. & Wacziarg, R., 2008. Death and development. *Journal of Economic Growth*, p. 81-124.
http://www.anderson.ucla.edu/faculty_pages/romain.wacziarg/downloads/death.pdf
- Lundquist, A., 1958. Absenteeism and Job Turnover as a Consequence to Unfavourable Job Adjustment. *Acta Sociologica*, 3. kötet, pp. 119-131. <http://www.jstor.org/stable/4193486>
- Lusinyan, L. & Bonato, L., 2007. Work Absence in Europe. *IMF Staff Papers*, 54(3), pp. 475-538.
<https://www.imf.org/External/Pubs/FT/staffp/2007/03/pdf/lusinyan.pdf>
- Mackenbach, J. P. és mtsai., 2008. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *New England Journal of Medicine*, 358. kötet, pp. 2468-2481. doi: 10.1056/NEJMsa0707519
- Mankiw, G. N. & Weil, D. N., 1992. A contribution to the empirics of economic growth. *Quarterly Journal of Economics*, pp. 407-37. doi: 10.2307/2118477
- Markham, S. E. & McKee, G. H., 1991. Declining organizational size and increasing unemployment rates: predicting employee absenteeism from within- and between-plant perspectives. *Academy of Management Journal*, 34. kötet, pp. 952-965. doi: 10.2307/256399
- Marmot, M., 2002. The Influence Of Income On Health: Views Of An Epidemiologist. *Health affairs* 21(2), pp. 31-46. doi: 10.1377/hlthaff.21.2.31
- Mayer-Foulkes, D., 2005. Human development traps and economic growth. In: G. López-Casasnovas, B. Rivera & L. Currais, szerk. *Health and Economic Growth – Findings and Policy Implications*. Cambridge: MIT Press.
- McKee-Ryan, F. M., Song, Z. L., Wanberg, C. R. & Kinicki, A. J., 2005. Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology*, 90(1), pp. 53-76.
- McKeown, T., 1979. *The role of medicine: dream, mirage or nemesis?*. Oxford: Blackwell.
- McKevitt, C., Morgan, M., Dundas, R. & Holland, W. W., 1997. Sicknes absence and 'working through' illness: A comparison of two professional groups. *Journal of Public Health Medicine*, 19. kötet, p. 295-300.
<http://jpubhealth.oxfordjournals.org/content/19/3/295.full.pdf+html>
- Medgyesi, M., 2008. Income distribution in European countries: first reflections on the basis of EU-SILC 2005. In: I. G. Tóth, szerk. *European Social Report 2008*. Budapest: TÁRKI.
http://www.tarki.hu/en/research/european_social_report/european_social_report_2009_full.pdf
- Medgyesi, M., 2011. Jövedelemeloszlás nemzetközi összehasonlításban.. In: *Társadalmi Riport 2010*. Budapest: TÁRKI.
- Medgyesi, M. & Scharle, Á., 2012. Felemelkedés közös erővel: A tartós mélyszegénység csökkentése célhoz kötött támogatások révén. Zárójelentés. Budapest: Budapest Intézet – TÁRKI – Haza és Haladás Közpolitikai Alapítvány. http://www.hazaeshaladas.hu/ftp/elso_tanulmany/tanulmany.pdf
- Medián, 2012. Háttér tanulmány – A közvélemény a segélyekről, különös tekintettel a feltételekhez kötött segélyekre. In: *Felemelkedés közös erővel – A tartós mélyszegénység csökkentése célhoz kötött támogatások révén. Háttér tanulmányok*. Budapest: Haza és Haladás Közpolitikai Alapítvány.
http://www.hazaeshaladas.hu/ftp/elso_tanulmany/hattertanulmanyok.pdf
- Medibank, 2011. *Medibank's Sick at Work: The cost of presenteeism to your business and the econom.*, Ausztrália: Medibank. http://www.medibank.com.au/client/documents/pdfs/sick_at_work.pdf
- Mellár, T., 1997. Egyensúly és/vagy növekedés. *Közgazdasági Szemle*, 1997(6).
<http://epa.oszk.hu/00000/00017/00028/pdf/mellar.pdf>
- Messing, V. & Molnár, E., 2011. Válaszok a pénztelenségre: szegény cigány és nem cigány családok megélhetési stratégiái. *Esély*, 2011(1). http://www.esely.org/kiadvanyok/2011_1/03messingmolnar.indd.pdf
- Miguel, D., 2005. Health, education and economic development. In: G. López-Casasnovas, B. Rivera & L. Currais, szerk. *Health and Economic Growth – Findings and Policy Implications*. Cambridge: MIT Press.

- Milner, A., Page, A. & LaMontagne, A. D., 2013. *Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis*, PloS one 8(1). doi: 10.1371/journal.pone.0051333
- Mitchell, C. U. & LaGory, M., 2002. Social capital and mental distress in an impoverished community. *City & Community*, 2002(1), pp. 195-215. https://www.crcresearch.org/files-crcresearch/File/mitchell02_290.pdf
- MNB, 2013. *Jelentés az infláció alakulásáról, szeptember* Budapest: Magyar Nemzeti Bank. http://epa.oszk.hu/00300/00372/00059/pdf/EPA00372_jelentes_inflacio_alakulasarol_2013_09.pdf
- Mózer, P., Tausz, K. & Varga, A., 2015. A segélyezési rendszer változásai. *Esély*, Issue 3. http://www.esely.org/kiadvanyok/2015_3/2015-3_2-1_MozerTauszVarga_Segelyezesi_rendszer.pdf
- Munk, V., 2013. Vágási Feri és Balogh Nóra esete Oláh Gergővel. A romák reprezentációja a többségi média szórakoztató műsoraiban.. *Médiakutató*, 2013(3), pp. 27-38. http://www.mediakutato.hu/cikk/2013_03_03_romak_a_szorakoztato_mediaban.pdf
- Nagy, G., 2000. *Munkanélküli-segélyezés Magyarországon a kilencvenes években*. Budapest: Magyar Tudományos Akadémia Közgazdaságtudományi Kutatóközpont Munkaerő-piaci Kutatások Műhelye, Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem Emberi Erőforrások Tanszék. <http://www.econ.core.hu/doc/bwp/bwp/bwp009.pdf>
- Nagy, G., 2005. A munkanélküli ellátások feltételei és bőkezűsége. In: L. Bódis, szerk. *Munkanélküli-ellátás és hatásvizsgálatai Magyarországon*. Budapest: MTA Közgazdaságtudományi Intézet. <http://mek.niif.hu/03600/03668/03668.pdf>
- Nagy, J., 2008. Az alsó tagozatos oktatás megújítása.. In: K. Fazekas, J. Köllő & J. Varga, szerk. *Zöld könyv a magyar közoktatás megújításáért*. Budapest: Ecostat. <http://mek.oszk.hu/08200/08222/08222.pdf>
- Nagy, P., 2004. *Mindenkinek: A rendszerváltás gazdaságpolitikája*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Nichols, A., Mitchell, J. & Lindner, S., 2013. *Consequences of Long-Term Unemployment*, Washington DC: The Urban Institute. <http://www.urban.org/research/publication/consequences-long-term-unemployment/view/full-report>
- Nicholson, S. és mtsai., 2005. How to Present the Business Case for Healthcare Quality to Employers. *Appl Health Econ Health Policy*, 4(4), pp. 209-218.
- Nolte, E. & McKee, M., 2004. *Does health care save lives? Amenable mortality revisited*. London: The Nuffield Trust. <http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/does-healthcare-save-lives-mar04.pdf>
- North, F. és mtsai., 1993. Explaining Socioeconomic Differences in Sickness Absence: The Whitehall II Study. *The British Medical Journal*, 306. kötet, pp. 361-366. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1676477/pdf/bmj00006-0019.pdf>
- OECD, 2011a. *Health at a Glance*. OECD Publishing. <http://www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf>
- OECD, 2014a. *PISA 2012 Results: What Students Know and Can Do – Student Performance in Mathematics, Reading and Science (Volume I, Revised edition)*. OECD Publishing. <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/9814031e.pdf?expires=1461846269&id=id&accname=guest&checksum=2ADB71D59311C3756DF89F536AF99DB9>
- OECD, 2014b. *Social spending is falling in some countries, but in many others it remains at historically high levels*. OECD. <https://www.oecd.org/els/soc/OECD2014-Social-Expenditure-Update-Nov2014-8pages.pdf>
- Orosz, É., 2000. *Féúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitikai alternatívái*. Budapest: Egészséges Magyarországiért Egyesület.
- Orosz, É. & Kollányi, Zs., 2014. *Opportunism of Public Policies as an Underlying Determinant of Health Inequalities in Hungary*. Athens: Athens Institute for Education and Research. <http://www.atiner.gr/papers/HEA2014-1009.pdf>
- Orosz, É. & Kollányi, Zs. (szerk.), megjelenés alatt. *Az egészség-egyenlőtlenségek és az egészség társadalmi meghatározói Magyarországon*. Budapest: WHO Magyarországi Iroda.
- Orosz, É., megjelenés alatt. Az ETM-jelentés nemzetközi kontextusa.. In: É. Orosz & Zs. Kollányi, szerk. *Az egészség-egyenlőtlenségek és az egészség társadalmi meghatározói Magyarországon*. Budapest: WHO Magyarországi Iroda.
- Ozminkowski, R. J., Goetzel, R. Z., Chang, S. & Long, S., 2004. The application of two health and productivity instruments at a large employer. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46(7), pp. 635-648.
- Palócz, É., 2010. *A magyar makrogazdaság szerkezetének alakulása a rendszerváltás után, a makrogazdaság szerkezetének átalakítása a fenntarthatóság irányába*, Budapest: Kopint-Tárki Zrt..

- Palócz, É., 2008. Makrogazdasági folyamatok és fiskális politika Magyarországon nemzetközi összehasonlításban. In: T. Kolosi & I. G. Tóth, szerk. *Társadalmi riport*. Budapest: TÁRKI.
- Papanek, G., 2010. A gyorsan növekvő magyar kkv-k: a gazdaság potenciális motorjai. *Közgazdasági Szemle*, 4. szám <http://epa.oszk.hu/00000/00017/00169/pdf/04papanek.pdf>
- Pauly, M. V. és mtsai., 2008. Valuing reductions in on-the-job illness: 'presenteeism' from managerial and economic perspectives. *Health Economics*, Issue 17, pp. 469-485.
- Pauly, M. V. és mtsai., 2002. A General Model of the Impact of Absenteeism on Employers and Employees. *Health Economics*, Issue 11..
- Pelkowski, J. & Berger, M., 2004. The impact of health on employment, wages and hours worked over the life cycle. *The Quarterly Review of Economics and Finance*, 44. kötet, pp. 102-121.
- Pereira, L. V. és mtsai., 2014. Prevalence and intensity of chronic pain and self-perceived health among elderly people: a population-based study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(4), pp. 662-669. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4292652/>
- Perruccio, A., Badley, E. M., Hogg-Johnson, S. & Davis, A. M., 2010. Characterizing self-rated health during a period of changing health status. *Social Science and Medicine*, 71(9), pp. 1636-1643. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.07.042.
- Petschnig, M. Z., 2003. Kedvezőtlen ciklusban?. *Mozgó Világ*, Issue 5. http://penzugykutato.hu/sites/default/files/Kedvezotlen_ciklusban.pdf
- Pickett, K. E. & Wilkinson, R. G., 2015. Income inequality and health: A causal review. In: R. M. Kaplan, M. L. Spittel & D. H. David, szerk. *Population Health: Behavioral and Social Science Insights*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality and Office of Behavioral and Social Sciences Research, National Institutes of Health, pp. 15-38..
- Policy Agenda, 2011. *Reformok: mi lesz a rokkantnyugdíjasokkal?*, Budapest: Policy Agenda. <http://www.policyagenda.hu/hu/nyitrolap/reformok-mi-lesz-a-rokkantnyugdijasokkal>
- Preston, S. H., 2015. Identifying the Principal Factors Responsible for Improvements in the Health of Populations. In: R. M. Kaplan, M. L. Spittel & D. H. David, szerk. *Population Health: Behavioral and Social Science Insights*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality and Office of Behavioral and Social Sciences Research, National Institutes of Health, pp. 89-102.
- Putnam, R., 2000. *Bowling Alone. The Collapse and revival of American community*. New York: Simon and Schuster.
- Quazi, H., 2013. *Presenteeism: The invisible cost to organizations*. Palgrave Macmillan.
- Radó, P., 2011a. Valótlanágokról és tényeknek látszó tárgyokról. Blogbejegyzés. <http://oktpolcafe.hu/valotlansagokrol-es-tenyeknek-latszo-targyakrol-628/>
- Radó, P., 2011b. A központi bérfinanszírozásra való áttállástól várható súlyos károkról. Blogbejegyzés. <http://oktpolcafe.hu/a-kozponti-berfinanszirozásra-valo-atallastol-varhato-sulyos-karokrol-390/>
- Radó, P., 2012. *De profundis (Az oktatáspolitikai bedőlésének okairól)*. Blogbejegyzés. <http://oktpolcafe.hu/de-profundis-az-oktataspolitika-bedolesenek-okairol-683/>
- Reszkető, P., Scharle, Á. & Váradi, B., 2011. A foglalkoztatással kapcsolatos adminisztratív terhek Magyarországon. In: G. Balás, szerk. *A magyar foglalkoztatáspolitikai kívánatos fókuszai, A jövő munkahelyeiért c. kutatás zárótanulmányának II. kötete*. Budapest: Hétfa kutatóközpont. http://www.budapestinstitute.eu/uploads/BI_foglalkoztatás_admin_terhe_2011.pdf
- Reszkető, P. & Váradi, B., 2012. *Vállalkozásokat érintő adminisztratív terhek, versenypolitikai következmények*. Budapest Intézet. http://www.budapestinstitute.eu/uploads/GVH_Budapest_Intezet_AB_101215_FINAL.pdf
- Rice, D. P., 1967. Estimating the cost of illness. *American Journal of Public Health*, 57(3), p. 424-440. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1227175/pdf/amjphnation00071-0042.pdf>
- Ries, N., 1997. *Russian talk - Culture and Conversation during Perestrojka*. Ithaka and London: Cornell University Press.
- Rimler, J., 2004. Foglalkozás és végzettség. *Közgazdasági Szemle*, LI.(december), p. 1172-1187. <http://epa.oszk.hu/00000/00017/00110/pdf/05mhrimler.pdf>
- Rogers, J. & Philippe, C., 2014. *The Tax Burden of Typical Workers in EU28*, New Direction. http://europeanreform.org/files/New_Direction_-_2014_Tax_Burden_of_Typical_Workers_in_the_EU.pdf
- Ross, C. E. & Wu, C.-I., 1995. The Links Between Education and Health. *American Sociological Review*, 60(5), pp. 719-745. <http://www.jstor.org/stable/2096319>

- Ruhm, C. J., 2000. Are Recessions Good for Your Health? *The Quarterly Journal of Economics*, 115(2), pp. 617-650. doi: 10.1162/003355300554872
- Ruhm, C. J., 2003. Good times make you sick. *Journal of Health Economics*, 22(4), pp. 637-658. doi: 10.1016/S0167-6296(03)00041-9
- Ruhm, C. J., 2012. Understanding the relationship between macroeconomic conditions and health.. In: A. M. Jones, szerk. *The Elgar Companion to Health Economics*. Edward Elgar Publishing., pp. 5-14.
- Sala-i-Martin, X., 2005. On the Health-Poverty Trap. In: G. López-Casasnovas, B. Rivera & L. Currais, szerk. *Health and Economic Growth – Findings and Policy Implications*. Cambridge: MIT Press.
- Scharle, Á., 2008a. Foglalkoztatás, intézményrendszer és foglalkoztatáspolitikai.. In: T. Kolosi & I. G. Tóth, szerk. *Társadalmi riport 2008*. Budapest: TÁRKI.
- Scharle, Á., 2008b. *Jóléti rendszer – Mennyit, mire és hogyan költsünk?*. Budapest: Demos Magyarország Alapítvány.
- Scharle, Á., 2012. 1. Háttér tanulmány: A tartós szegénység csökkentésének lehetséges eszközei Magyarországon. In: *Felemelkedés közös erővel: A tartós mélyszegénység csökkentése célhoz kötött támogatások révén*. Budapest: Haza és Haladás Közpolitikai Alapítvány.
- Scharle, Á., 2012b. Jóléti és munkanélküli ellátások. In: K. Fazekas & Á. Scharle, szerk. *Nyugdíj, segély, közmunka*. Budapest: Budapest Szakpolitikai Elemző Intézet - MTA KR TK Közgazdaság-tudományi Intézet. <http://econ.core.hu/file/download/20evfoglpol/kotet.pdf>
- Scharle, Á. & Szikra, D., 2015. Recent changes moving Hungary away from the European Social Model.. In: Vaughan-Whitehead, szerk. *The European Social Model in Crisis. Is Europe Losing Its Soul?* ILO.
- Schneider, F., 2011. *Size and development of the Shadow Economy from 2003 to 2012: some new facts*, IZA. <http://www.economics.uni-linz.ac.at/members/Schneider/files/publications/2012/ShadEcEurope31.pdf>
- Schnittker, J. & Bacak, V., 2014. The Increasing Predictive Validity of Self-Rated Health. *PLoS ONE*, 9(1). doi: 10.1371/journal.pone.0084933
- Schultz, P. T., 2002. *Wage Gains Associated with Height as a Form of Health Human Capital*, Economic Growth Center, Yale University. <http://www.econ.yale.edu/growth/pdf/cdp841.pdf>
- ScienceDaily, 2007. Psychosocial Factors Associated With Higher Levels Of Inflammatory Markers. *JAMA and Archives Journals*. <https://www.sciencedaily.com/releases/2007/01/070122183105.htm?trendmd-shared=0>
- Sen, G. & Östlin, P., 2010. *Gender equity in health*. New York: Routledge.
- Sik, E., 2001. Kapcsolatérzékeny útfüggőség (Magyar korrupció?). 2000, 2001(7-8), p. 11-24. <http://www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/a760.pdf>
- Sik, E. & Bernát, A., 2011. *Feszültségeink*, Budapest: TÁRKI. <http://www.tarki.hu/hu/news/2011/kitekint/20110920.html>
- Solar, O. I., 2010. *A Conceptual framework for action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2. Debates, Policy & Practice*, Genf: WHO.
- Steers, R. & Rhodes, S., 1978. Major Influences on Employee Attendance: A Process Model. *Journal of Applied Psychology*, 63(4), pp. 391-407. http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
- Stormer, S. & Fahr, R., 2010. *Individual Determinants of Work Attendance: Evidence on the Role of personality*, Bonn: IZA. <http://repec.iza.org/dp4927.pdf>
- Strauss, J. & Thomas, D., 1998. Health, Nutrition and Economic Development. *Journal of Economic Literature*, 36(2). <http://www.jstor.org/stable/2565122>
- Suhrcke, M. és mtsai., 2005. *The contribution of health to the economy in the European Union*. Luxembourg: European Union, Health and Consumer Protection Directorate-General. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/health_economy_en.pdf
- Suhrcke, M., Rocco, L. & McKee, M., 2007. *Health: a vital investment for economic development in Eastern Europe and central Asia..* WHO - European Observatory on Health Systems and Policies. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/74739/E90569.pdf
- Suhrcke, M., Sauto Arce, R., McKee, M. & Rocco, L., 2012. Economic costs of ill health in the European Region. In: *Health systems, health, wealth and societal well-being - Assessing the case for investing in health systems*. Open University Press - European Observatory on Health systems and Policies Series, pp. 61-101. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/164383/e96159.pdf

- Suhrcke, M. & Urban, D., 2009. Are cardiovascular diseases bad for economic growth? *Health Economics*, pp. 1478-96. doi: 10.1002/hec.1565.
- Surányi, G., 2014. Folyamatos lemaradás vagy felzárkózás? A magyar gazdaság teljesítménye nemzetközi összehasonlításban. *Köz-gazdaság*, 2014(2). http://kozgazdasagtudomany.uni-corvinus.hu/fileadmin/user_upload/hu/kozgazdasagtudomanyi_kar/files/Koz_gazdasag/IX_EVFOLYAM_2_SZAM_2014_JUNIUS/Suranyi_13-38.pdf
- Szabó, L., 2014. *Az intézményi, szervezeti bizalom helyzete Magyarországon a 2014-es év elejé.*, Budapest: NKE Stratégiai Védelmi Kutatóközpont. http://netk.uni-nke.hu/uploads/media_items/svkk-elemzesek-2014--12-az-intezmenyi-szervezeti-bizalom-helyzete-magyarorszagon-a-2014-es-ev-elejen-szabo-l.original.pdf
- Szakolczai, G., 2005. Rendhagyó recenzió egy rendhagyó szerzőről. *Közgazdasági Szemle*, LII.(október). <http://epa.oszk.hu/00000/00017/00119/pdf/08kbszakolczai.pdf>
- Szakolczai, G., 2010. A washingtoni konszenzus és a posztszocialista országok. *Competitio*, pp. 167-188. http://www.bla.hu/profs/tagok_cikkek/Szakolczai_Gyorgy/A62_2.pdf
- Szalai, E., 2003. A létezett szocializmus - és tanulságai. *Eszmélet*, 2003(október). http://eszmelet.hu/szalai_erzsebet-a-letezett-szocializmus-es-tanulsagai/
- Szalai, J., 2002. A társadalmi kirekesztődés egyes kérdései az ezredforduló Magyarországn. *Szociológiai Szemle*, 2002(4). http://www.tarsadalomkutatas.hu/kkk.php?TPUBL-A-548/szoc_szemle/TPUBL-A-548.pdf
- Szalai, J., 2007. *Nincs két ország...? Társadalmi küzdelmek az állami (túl)elosztásért a rendszerváltás utáni Magyarországon.* Budapest.: Osiris Könyvkiadó.
- Szelényi, I. & Ladányi, J., 2004. *A kirekesztettség változó formái.* Budapest: Napvilág Kiadó.
- Tardos, K., 1995. Tartós betegek kiszorulása a munkaerőpiacról. *Esély*, Issue 2, pp. 72-81. http://www.esely.org/kiadvanyok/1995_2/tartos_betegek.pdf
- Tausz, K., 2008. *Segélyezés Abszurdisztánban.* OTKA Kutatási Zárójelentés. http://real.mtak.hu/1720/1/47181_ZJ1.pdf
- Tausz, K. & Simon, D., 2011. A három részre szakadt Magyarország. *Esély*, 2011(4). http://www.esely.org/kiadvanyok/2011_4/02tausz.indd.pdf
- Tompa, E., 2002. *The Impact of Health on Productivity: Empirical Evidence and Policy Implications.* Centre for the Study of Living Standards, Economic Papers. <http://www.csls.ca/repsp/2/emiletompa.pdf>
- Tóth G., C. & Virovác, P., 2012. Nyertesek és vesztesek. A magyar egykulcsos adóreform vizsgálata mikroszimulációs módszerrel. *Pénzügyi Szemle*, 2012(2). https://www.asz.hu/storage/files/files/penzugyiszemle/2013/toth_virvacz_2013_4.pdf?download=true
- Tóth, I. G., 2009. *Bizalomhiány, normazavarok, igazságtalanságérzet és paternalizmus a magyar társadalom értékszerkezetében. A gazdasági felemelkedés társadalmi-kulturális feltételei* című kutatás zárójelentése. Budapest: TÁRKI. http://www.tarki.hu/hu/research/gazdkult/gazdkult_elemzeszaro_toth.pdf
- Tóth, I. G., 2010. A jövedelemeloszlás 2007-2009 között. In: *Jövedelemegyenlőtlenség és szegénység Magyarországon 2009. TÁRKI Háztartás Monitor, 1. kötet, elemzések.* Budapest: TÁRKI. http://www.tarki.hu/hu/research/hm/monitor2009_teljes.pdf
- Tóth, I. G., 2010. A társadalmi kohézió elemei: bizalom, normakövetés, igazságosság és felelősségérzet – lennének... In: T. Kolosi & I. G. Tóth, szerk. *Társadalmi Riport 2010.* Budapest: TÁRKI.
- Tóth, I. G., 2011. Jövedelemeloszlás a konszolidációs csomagok és a válságok közepette Magyarországon.. In: T. Kolosi & I. G. Tóth, szerk. *Társadalmi Riport 2010.* Budapest: TÁRKI.
- Tóth, I. G. & Fábián, Z., 2014. Az újraelosztás iránti kereslet változása a válság időszakában az Európai Unió országaiban. In: T. Kolosi & I. G. Tóth, szerk. *Társadalmi Riport 2014.* Budapest: TÁRKI, pp. 454-485.
- Transparency International, 2011. *Nemzeti Integritás Tanulmány: Korrupciós kockázatok Magyarországon,* Budapest: Transparency International. http://transparency.hu/uploads/docs/Korrupcios_kockazatok_final.pdf
- Uzzoli, A., 2008. Az egészségi állapot világméretű különbségei. *Földrajzi Értesítő*, 17.(3-4). http://www.mtafk.hu/konyvtar/kiadv/FE2008/FE20083-4_399-415.pdf
- Valentinyi, Á., 1995. Endogén növekedésmélelet. *Közgazdasági Szemle*, XLII(6), pp. 582-594. <http://epa.oszk.hu/00000/00017/00006/0604.html>
- van der Gaag, M. & Webber, M., 2008. Measurement of Individual Social Capital: Questions, Instruments, and Measures. In: I. Kawachi, S. V. Subramanian & D. Kim, szerk. *Social Capital and Health.* New York: Springer, pp. 29-50.

- van Zon, A. & Muysken, J., 2005. Health as a principal determinant of economic growth. In: G. López-Casasnovas, B. Rivera & L. Currais, szerk. *Health and Economic Growth – Findings and Policy Implications*. Cambridge: MIT Press.
- Vanicsek, M. és mtsai., 2003. *Az egészség makrogazdasági összefüggésrendszere*. Budapest: GKI Gazdaságkutató Zrt. <http://docplayer.hu/804014-Gki-gazdasagkutato-rt-az-egeszsegugy-makrogazdasagi-osszefuggesrendszere-budapest-2003-december.html>
- Varga, J., 2015. *Hova lettek az orvosok? Az orvosok külföldre vándorlása és pályaelhagyása Magyarországon 2003-2011*, Budapest: Budapesti Corvinus Egyetem - MTA KRTK KTI. <http://www.econ.core.hu/file/download/bwp/bwp1506.pdf>
- Virtanen, M. és mtsai., 2001. Contingent employment, health and sickness absence. *Scand J Work Environ Health*, 27(6), pp. 365-72..
- Virtanen, M. és mtsai., 2003. From insecure to secure employment: changes in work, health, health related behaviours, and sickness absence. *Occupational and Environmental Medicine*, 60. kötet, pp. 948-953.
- Virtanen, P. és mtsai., 2004. Economy and job contract as contexts of sickness absence practices: revisiting locality and habitus.. *Social Science and Medicine*, 58(7), pp. 1219-29..
- Vitrai, J., 2011. *Az egészség és az egészség-egyenlőtlenség egyéni és közösségi szintű befolyásoló tényezői*. Doktori értekezés. Pécs: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Doktori Iskola. http://ltsp.etk.pte.hu/portal/wp/File/Doktoriiskola/Teziszfuzetek/Ertekezes_VitraiJozsef.pdf
- Vitrai, J. & Bakacs, M., 2012. Az egészségügyi ellátás révén elkerülhető halálozás vizsgálata 174 kistérség szerint, 2005-2007, Budapest: NEFI. <https://www.palyazat.gov.hu/download.php?objectId=48437>.
- Vokó, Z., 2000. Change in a risk factor as a determinant of disease: the pitfall of adjustment for baseline. In: Z. Vokó: *Etiology and prevention of stroke. The Rotterdam Study..* Rotterdamp. 77-83. https://www.researchgate.net/publication/241857161_Etiology_and_Prevention_of_Stroke_The_Rotterdam_Study_Thesis
- Vokó, Z., 2011.: Az egészségi állapot demográfiai és társadalmi-gazdasági meghatározó tényezői. In: *Európai Lakossági Egészségfelmérés – Tanulmányok I. A lakosság egészségi állapota*. Budapest: KSH
- Weil, D. N., 2005. *Accounting for the effect of health on economic growth*. hNBER Working Paper 11455. NBER. <http://www.nber.org/papers/w11455.pdf>
- Weil, D. N., 2014. Health and economic growth. In: *Handbook of economic growth*. Elsevier, pp. 623-682.
- White, M., Adams, J. & Heywood, P., 2009. How and why do interventions that increase health overall widen inequalities within populations? In: S. J. Babones, szerk. *Social inequality and public health*. The Policy Press.
- WHO Commission on the Social Determinants of Health, 2007. *Challenging inequity through health systems*, Genf: WHO. http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf
- WHO, 2006. *Years of life lost*, WHO. <http://www.who.int/whosis/whostat2006YearsOfLifeLost.pdf>
- WHO, 2008b. *The World Health Report 2008*, Genf: WHO. <http://www.who.int/whr/2008/en/>
- WHO, 2010. *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2.*, Genf: WHO. http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
- WHO, 2011. *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health*, Rio de Janeiro, Brazil: WHO. http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf
- WHO, 2012a. *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*, Genf: WHO. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf
- WHO, 2012b. *Social determinants of health: outcome of the World Conference on Social Determinants of Health. Report by the Secretariat*, Genf: WHO. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_16-en.pdf
- WHO, 2014. *Global status report on noncommunicable diseases*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf
- Widera, E., Chang, A. & Chen, H. L., 2010. Presenteeism: A Public Health Hazard. *Journal of general internal medicine*, 25(11), pp. 1244-1247. doi: 10.1007/s11606-010-1422-x
- Wilkinson, R., 2009. The impact of inequality: empirical evidence. In: S. J. Babones, szerk. *Social inequality and public health*. Bristol: The Policy Press.
- Wilkinson, R. & Marmot, M., 2003. *Social determinants of health - The solid facts*. Koppenhága: WHO. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf

- Winkleby, M., S.P., F. & Barret, D., 1990. Social Class Disparities in Risk Factors for Disease: Eight-Year Prevalence Patterns by Level of Education. *Preventive Medicine*, 19. kötet, pp. 1-12.
- Zamora, J., 2000. *Investment in Health and Economic Growth: a Perspective From Latin-America and the Caribbean*. Washington, 35th meeting of the Advisory Committee of Health Research, Pan American Health Organization, Division of Health and Human Development.
http://www.ibrarian.net/navon/paper/PAN_AMERICAN_HEALTH_ORGANIZATION_Pan_American_San.pdf?paperid=14774128
- Ziersch, A. M. & Baum, F. E., 2004. Involvement in civil society groups: Is it good for your health? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2004(58), p. 493–500. doi: 10.1136/jech.2003.009084

MELLÉKLET

A DOLGOZATBAN HASZNÁLT ORSZÁGNÉV-RÖVIDÍTÉSEK

Belgium	BE
Bulgária	BG
Cseh Köztársaság	CZ
Dánia	DK
Németország	GE
Észtország	EE
Írország	IE
Spanyolország	ES
Franciaország	FR
Horvátország	HR
Olaszország	IT
Ciprus	CY
Lettország	LV
Litvánia	LT
Magyarország	HU
Málta	MT
Hollandia	NL
Ausztria	AT
Lengyelország	PL
Portugália	PT
Románia	RO
Szlovénia	SI
Szlovákia	SK
Finnország	FI
Svédország	SE
Egyesült Királyság	UK
Izland	IS
Norvégia	NO

KIEGÉSZÍTÉS A 8.3.3 FEJEZETHEZ

Az egészségi állapot romlásának hatása arra, hogy aktívból munkanélkülivé vált-e valaki, logisztikus regresszió alapján – Függő változó: Ha az első időszakban aktív volt, munkanélkülivé vált-e a második időszakban?; 0 = aktív maradt, 1 = munkanélküli lett (ref.)

	Szig.	Esélyhányados	90%-os konfidencia-intervallum	
			Alsó	Felső
11 kategóriás egészségváltozó (ref.: nem változott)	,558			
+1	,890	,937	,432	2,033
+2	,597	1,274	,600	2,703
+3	,157	1,948	,897	4,230
+4	,021	3,335	1,410	7,886
+5 vagy annál nagyobb javulás	,384	1,659	,637	4,316
-1	,342	1,421	,773	2,609
-2	,479	1,351	,671	2,721
-3	,315	1,515	,767	2,991
-4	,256	1,737	,781	3,864
-5 vagy annál nagyobb romlás	,137	1,979	,931	4,210
Életkor (t + m + k)	,001	,929	,897	,963
Nem (ref.: férfi)	,075	1,499	1,031	2,178
Legmagasabb iskolai végzettség (t + m + k) (ref.: felsőfokú)	,000			
Legfeljebb 8 általános	,000	14,278	4,786	42,593
Legfeljebb szakmunkásképző	,000	12,937	4,383	38,185
Legfeljebb érettségi	,001	8,395	2,824	24,954
Makrogazdasági helyzet (t + m + k) (ref.: jó makrohelyzet)	,304	,797	,555	1,146
Kiinduló egészségi állapot (t)	,757	1,016	,932	1,108
Konstans	,083	,099		

Vizsgált minta: teljes minta

Az egészségi állapot romlásának hatása arra, hogy aktívból egyéb inaktívvá vált-e valaki, logisztikus regresszió alapján – Függő változó: Ha az első időszakban aktív volt, egyéb inaktívvá vált-e a második időszakban?; 0 = aktív maradt, 1 = egyéb inaktív lett (ref.)

	Szig.	Esélyhányados	90%-os konfidencia-intervallum	
			Alsó	Felső
11 kategóriás egészségváltozó (ref.: nem változott)	,103			
+1	,588	,817	,442	1,510
+2	,608	1,196	,674	2,124
+3	,049	2,015	1,123	3,616
+4	,002	3,351	1,755	6,397
+5 vagy annál nagyobb javulás	,757	1,156	,534	2,504
-1	,835	1,067	,641	1,775
-2	,486	1,261	,729	2,182
-3	,769	1,110	,619	1,991
-4	,489	1,332	,674	2,632
-5 vagy annál nagyobb romlás	,171	1,677	,901	3,122
Életkor (t + m + k)	,007	,957	,931	,983
Nem (ref.: férfi)	,151	1,304	,962	1,768
Legmagasabb iskolai végzettség (t + m + k) (ref.: felsőfokú)	,000			
Legfeljebb 8 általános	,000	10,228	5,048	20,723
Legfeljebb szakmunkásképző	,000	7,306	3,605	14,807
Legfeljebb érettségi	,001	4,461	2,181	9,125
Makrogazdasági helyzet (t + m + k) (ref.: jó makrohelyzet)	,015	,656	,493	,874
Kiinduló egészségi állapot (t)	,810	,990	,926	1,059
Konstans	,020	,101		

Vizsgált minta: teljes minta